

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

401

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Décembre 1897, à 1 heure.

Par JULIEN VANVERTS

Né à Lille, le 10 novembre 1870.

Interne des hôpitaux de Paris.

Lauréat des hôpitaux (second interne)

Ancien moniteur de trachéotomie (Trousseau, 1894)

Membre adjoint de la Société anatomique

Médaille de vermeil du Ministère de l'Intérieur (Typhus, Hôtel-Dieu, 1893)

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE

LA SPLÉNECTOMIE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges { MM. BERGER, professeur.
TROISIER et NÉLATON, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1897

Année 1897

THÈSE

N°

101

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 Décembre 1897, à 1 heure.

Par JULIEN VANVERTS

Né à Lille, le 10 novembre 1870.

Interne des hôpitaux de Paris

Lauréat des hôpitaux (second interne)

Ancien moniteur de trachéotomie (Trousseau, 1894)

Membre adjoint de la Société anatomique

Médaille de vermeil du Ministère de l'Intérieur (Typhus, Hôtel-Dieu, 1893)

Médaille de bronze de l'Assistance publique

DE

LA SPLÉNECTOMIE

Président : M. GUYON, professeur.

Juges { MM. BERGER, professeur.
TROISIER et NÉLATON, agrégés.



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ HUTINEL.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	N...
	{ PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MÉNÉTRIÉR.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILLES de la TOURETTE.	NÉLATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef des travaux anatomiques	VARNIER.
BROCA.	HEIM.	REITTERER.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.		WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à l'auteur, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE DOCTEUR CH. MONOD

MON CHER MAÎTRE,

Permettez-moi de vous dédier ce travail. Vous le trouverez, certes, imparfait ; mais peut-être y rencontrerez-vous quelques-unes des qualités que vous avez essayé de m'inculquer.

Vous avez toujours été pour moi, dans les rapports journaliers de maître à élève et aussi dans les relations plus intimes de la collaboration dont vous m'avez fait l'honneur, l'objet d'une admiration sans bornes. Tous vos élèves se plaisent à célébrer votre science profonde, votre bonté infinie, le haut enseignement moral qui se dégage de toute votre vie. Si je me trouve impuissant à rien ajouter à ce concert de louanges, je puis du moins vous assurer que vous serez pour moi, dans tout le cours de ma carrière médicale, un modèle, que je ne puis songer à égaler mais dont je chercherai toujours à me rapprocher.

J. VANVERTS.

Décembre 1897.

A LA MÉMOIRE

DE MM. LES DOCTEURS DEMON ET WANNEBROUCQ

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE LILLE

MM. LES PROFESSEURS FOLET, DE LAPERSONNE, COMBEMALE ET
SURMONT

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MM. ALBARRAN, ARROU, BABINSKI, BROCA, CHEVALIER, D'HEILLY,
GOURAUD, LE GENDRE, MAUCLAIRE, MICHAUX, POTHERAT, QUÉNU,
ROGER, SÉBILEAU, SIREDEY, THIBIERGE, WALTHER.

Que nos excellents maîtres, MM. BOUILLY et JALAGUIER, veulent bien recevoir l'expression toute particulière de notre vive reconnaissance pour la part qu'ils ont prise dans notre éducation chirurgicale et les témoignages d'amitié qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Après nous avoir admis à passer quelques mois dans son beau service de Necker, M. le professeur GUYON nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

Que notre cher collègue, M. O. PASTEAU, soit assuré de notre reconnaissance pour sa fidèle et précieuse amitié.

TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

1893. **Cancer de l'intestin.** *Bul. de la Soc. anat.*, 3 février.
1895. **Appendicite et péritonite généralisée.** *Soc. anat.*, 22 février.
- De l'intubation du larynx dans le croup.** *Revue des mal. de l'enfance*, 1^{er} mars. (En collabor. avec M. MESLAY, interne des hôpitaux.)
- Invagination intestinale.** *Soc. anat.*, mai
- Du traitement antiseptique dans la stomatite mercurielle.** *Annales de méd.*, 12 déc., p. 393.
- Ostéo-sarcome du fémur à marche aiguë avec fièvre.** *Soc. anat.*, 27 déc.
1896. **Rôle de la trachéotomie dans les accidents graves de l'anesthésie.** *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, 9 janvier.
- Corps étranger des voies aériennes chez un enfant de 18 mois. Trachéotomie. Guérison.** *Soc. anat.*, 17 janvier. (En collabor. avec M. O. PASTEAU, interne des hôpitaux.)
- Dystocie par ascite fœtale.** *Soc. anat.*, 28 février. (En collabor. avec M. RAMOND, interne des hôpitaux.)
- Péritonite généralisée consécutive à une appendicite à répétition.** *Soc. anat.*, 17 avril.
- Fracture sus et inter-condylienne du fémur. Bons effets de l'appareil d'Hennequin.** *Soc. anat.*, 22 mai.
- L'ascite fœtale.** *Revue d'Obstétrique et de Pædiatrie*, mai et juillet. (En collabor. avec M. RAMOND, interne des hôpitaux.)
- Épithélioma kystique bilatéral de l'ovaire.** *Soc. anat.*, 24 juillet.
- Phlegmon sublingual à pneumocoques.** *Presse méd.*, 29 juillet. (En collabor. avec M. le Dr MACAIGNE.)
- Étiologie et pathogénie des orchio-épididymites aiguës et en particulier des orchio-épididymites d'origine uréthrale et non gonococciques.** *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, août. (En collabor. avec M. le Dr MACAIGNE.)
- Deux cas de rupture du foie.** *Soc. anat.*, 2 octobre.
- Autopsie d'un pied bot varus équien bilatéral chez un fœtus de huit mois.** *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* (En collabor. avec M. FERNAND MONOD, interne des hôpitaux.)

1896. **Deux cas de kystes dermoïdes de l'ovaire : 1° Kyste bilatéral ; 2° Kyste volumineux développé chez une femme de 60 ans.** *Soc. anat.*, 16 octobre.

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. *Soc. anat.*, 13 novembre.

Fibro-sarcome du tissu cellulaire sous-cutané du thorax. *Soc. anat.*, 13 novembre.

Fibrome sous-péritonéal pédiculé de l'utérus et hématocele rétro-utérine. *Soc. anat.*, 13 novembre.

Perforation intestinale dans le cours de la fièvre typhoïde ; sutures. *Soc. anat.*, novembre.

Squirrhe à noyaux disséminés intra-mammaires. *Soc. anat.*, 11 décembre.

1897. **Des ruptures du foie et de leur traitement.** *Arch. gén. de méd.*, janvier.

Kyste hydatique de l'os iliaque. *Soc. anat.*, 29 janvier.

Enchondrome des deux premières phalanges du petit doigt. *Soc. anat.*, 26 février.

De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite (En collab. avec TERMET, interne des hôpitaux.) *Gaz. des hôp.*, 9, 11, 16 et 20 mars.

Rupture du foie. *Soc. anat.*, 12 mars.

Tuberculose du rein. *Soc. anat.*, 12 mars.

Du traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. *Revue de chir.*, mars. (En collab. avec M. le Dr CH. MONOD.)

Fracture extra-capsulaire du col du fémur droit chez une femme de 76 ans, traitée par l'appareil d'Hennequin. *Soc. anat.*, 9 avril.

Guérison d'une tuberculose du rein. *Soc. anat.*, 7 mai. (En collab. avec M. le Dr MACAIGNE.)

De la résection du rebord costal pour atteindre et traiter les lésions de la face convexe du foie. *Journ. de gynéc. et de chir. abd.*, juillet. (En collab. avec M. le Dr CH. MONOD.)

L'Appendicite. 1 vol. de l'*Encycl. scientifique des Aide-Mémoire*, octobre. (En collab. avec M. le Dr CH. MONOD.)

DE

LA SPLÉNECTOMIE

INTRODUCTION

La splénectomie, c'est-à-dire l'ablation de la rate (1), totale ou partielle, semble avoir été faite pour la première fois, en 1581, par Viard, pour une hernie traumatique. Bien douteux, en effet, sont les cas d'extirpation de la rate pratiquée par d'anciens chirurgiens qui considéraient cet organe comme inutile et nuisible (2) ou qui recherchaient ainsi la guérison de l'hypochondrie (3).

Cette opération fut longtemps réservée aux hernies traumatiques de la rate. Le chirurgien, en enlevant l'organe prolapsé et ordinairement fixé par des adhérences et la rétraction des lèvres de la plaie abdominale, ne faisait qu'accélérer le travail d'élimination spontanée dont la rate était le siège dans ces conditions.

Ce n'est qu'en 1835 que Quittembaum, le premier, tenta l'extirpation d'une tumeur splénique, et c'est seulement depuis 1860 que les faits de splénectomie pour tumeur se sont multipliés.

L'ablation de la rate, considérée en général, même à l'époque

(1) Certains auteurs décrivent encore cette opération sous la dénomination de « splénotomie ». C'est là une confusion de termes qui doit disparaître pour éviter des erreurs. La « splénotomie » est l'incision simple de la rate, telle qu'elle se pratique, par exemple, dans les abcès ou les kystes

(2) DIONIS. 2^e *Démonstr. de chir.*, 1733.

(3) MILNE-EDWARD (H.). *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme...*, 1872, VII, 250.

actuelle, comme une intervention sérieuse, a cependant été pratiquée un grand nombre de fois ; et nous avons pu en réunir 279 observations (1).

Avec les progrès de l'antisepsie et des méthodes opératoires les résultats sont devenus meilleurs. Aussi le pronostic de cette intervention, qui, il y a quelques années encore, était jugé très sévèrement par la plupart des auteurs qui ne l'admettaient que dans les cas de hernie, s'est-il progressivement amélioré, et les indications opératoires sont-elles devenues plus nombreuses.

Nous aurons l'occasion, dans le cours de ce travail, de citer les auteurs qui se sont particulièrement occupés des différents points de la question. On trouvera à l'Index bibliographique la liste des principaux ouvrages qui traitent de la splénectomie en général.

(1) Treize de ces observations sont inédites et nous ont été obligeamment communiquées par MM. Demoulin, Lejars, G. Marchant, Ch. Monod, Richelot, Segond, Tuffier, Bland Sutton et Tricomi à qui nous adressons nos vifs remerciements ; ainsi qu'à MM. Bouilly, Campenon, Morestin, Poirier, Ricard et Routier qui ont bien voulu nous fournir plusieurs observations se rapportant à notre travail, et à M. Hartmann qui a eu l'amabilité de mettre à notre disposition les documents qu'il possédait.

CHAPITRE PREMIER

Des troubles déterminés par l'ablation de la rate.

Avant de rechercher dans quelles conditions l'ablation de la rate doit être pratiquée, nous devons nous demander si l'on a le droit de l'entreprendre. Quels sont donc les phénomènes qui succèdent à cette intervention ?

Pour essayer de répondre à cette question, on ne peut se contenter d'examiner les résultats de la splénectomie chez l'homme. Cette étude reposerait, en effet, sur des bases insuffisantes, parce que dans la plupart des cas l'intervention a porté sur une rate lésée et sur un organisme malade. Sans doute, l'examen de ces faits ne doit pas être négligé ; mais il est indispensable d'y joindre ceux d'ablation de rates saines et d'avoir par conséquent recours à l'étude de la splénectomie expérimentale.

Nous aurons ainsi à envisager la série des questions suivantes :

- 1° L'ablation de la rate peut-elle déterminer la mort, par le fait seul de sa suppression ?
- 2° A-t-elle un retentissement sur la circulation ?
- 3° Quelle est son influence sur la composition du sang ?
- 4° A-t-elle un retentissement sur les fonctions du corps thyroïde ?
- 5° Arrête-t-elle ou gêne-t-elle la croissance de l'individu ?
- 6° A-t-elle une influence sur les fonctions digestives ?
- 7° A-t-elle une influence sur la marche des infections ?
- 8° Que devient la toxicité urinaire après l'ablation de la rate ?
- 9° Est-ce que la rate se régénère après la splénectomie ?

1° L'ablation de la rate peut-elle être mortelle ?

Tous les auteurs sont d'accord sur ce point : la suppression de la rate n'entraîne pas la mort.

Cette notion, bien connue des anciens, se retrouve dans Pline l'Ancien (1), qui rapporte que des animaux ont survécu à des blessures de la rate et à la destruction de cet organe. Au dire de Zesas, Aristote professait la même opinion.

Malpighi (2), le premier, en 1669, donna la preuve expérimentale de ce fait, non pas en enlevant la rate comme on l'a dit, mais, ce qui revient au même, en liant ses vaisseaux nourriciers chez un chien. Malgré cette destruction de l'organe, l'animal se rétablit parfaitement.

Depuis Malpighi l'extirpation de la rate a été faite avec le même succès chez les divers animaux par de nombreux physiologistes. Pour nous en tenir aux plus anciens, nous citerons Deisch (3), Haller (4), Hewson (5), Assolant (6), Schmidt (7), Stinstra (8), Vulpian (9).

Il est certain que lorsque les animaux succombèrent (10), la mort dut être attribuée, non pas à la suppression des fonctions spléniques, mais à l'intervention opératoire elle-même.

Des nombreuses splénectomies que nous avons pratiquées chez le chien et le lapin nous conclurons de même à l'innocuité de cette opération.

Il en est de même pour l'homme. L'ablation de la rate en elle-même ne détermine chez lui aucun trouble mortel. Nombreux sont actuellement les cas où cette extirpation a été faite avec succès. Dès 1581 Viard avait, du reste, donné la preuve de l'innocuité de la splénectomie en enlevant deux rates herniées (obs. 21 et 22).

Tous les chirurgiens n'ont pas été aussi heureux et ont fréquemment eu à déplorer la mort de leurs opérés. Mais dans ces circonstances ce ne fut jamais l'ablation de la rate qu'on eut à incriminer, comme ayant supprimé un organe indispensable à l'organisme, et

(1) PLINIUS. *Historia naturalis*, XI, XXX.

(2) MALPIGHI. De liene, *Opera omnia*, t. II, p. 114.

(3) DEISCH. Dissertatio inaug. de splene canibus exciso. Halæ, 1735.

(4) HALLER. Disputationes anatomicarum selectarum, v. III, p. 56.

(5) HEWSON. Letter to Dr Haygarth, *Works*, p. 290.

(6) ASSOLANT. *Recherches sur la rate*, p. 133.

(7) SCHMIDT. *Commentatio de pathologia lienis*, Gottingen, 1816.

(8) STINSTRA. *Commentatio physiol. de functione lienis*, 1859, p. 149.

(9) VULPIAN. *Gaz. méd. de Paris*, 1855.

(10) Expériences de von Fuhrer, Ludwig, Crips, Hegar, Simon, citées par GILSON. De la splénectomie. *Revue de chir.*, 1885, t. V, p. 317.

c'est dans des complications dépendant de l'état général de l'individu, des difficultés opératoires ou une aseptie insuffisante qu'il fallut toujours rechercher la cause de la mort. Le seul cas, celui d'Israël (obs. 201), qui ait été présenté comme un exemple de mort par la suppression des fonctions spléniques, est d'une interprétation très discutable.

Nombreux sont actuellement les cas où l'on a pu revoir en excellente santé des individus dératés plusieurs années auparavant.

2° Influence de la splénectomie sur la circulation.

Grâce à son élasticité, la rate est, comme on l'a dit, « une chambre de sûreté » par rapport à la circulation hépatique et stomacale. Sa congestion, qu'on observe après les repas, est due à la gêne momentanée de la circulation dans la veine porte et par conséquent dans la veine splénique. La rate s'amplifie de même après l'effort, la course, c'est-à-dire quand il y a insuffisance de la part de l'organe central de la circulation.

Dans ces conditions on peut se demander si le dératement n'a pas une action funeste sur l'état d'équilibre de la circulation.

Dobson avait observé que chez les animaux dératés il ne se manifestait aucun trouble apparent dans les diverses fonctions, excepté vers quatre heures après un repas copieux. A ce moment, les symptômes de pléthore se déclaraient (1).

Chez l'homme la splénectomie ne semble déterminer aucun trouble circulatoire notable quand elle s'adresse à des rates lésées par un traumatisme, mais antérieurement normales.

Il n'en est pas toujours de même dans les cas d'hypertrophie splénique. Dans ces conditions la splénectomie prive brusquement l'organisme d'une quantité parfois considérable de sang, certaines de ces rates renfermant deux litres de ce liquide et même davantage.

Cette saignée abondante et subite semble incapable de déterminer à elle seule des accidents graves; mais, unie à l'hémorrhagie, si fréquente dans les opérations de ce genre, elle acquiert une impor-

(1) DOBSON (W.). *Recherches expérimentales sur la structure et les fonctions de la rate*, 1880.

tance dont il faut tenir compte dans l'appréciation des causes de léthalité.

Il est, d'autre part, certain que la suppression d'une rate hypertrophiée, qui constitue un diverticule très important pour le sang, doit déterminer quelque trouble dans l'équilibre de la circulation. On a signalé après la splénectomie l'augmentation subite de la tension artérielle, qui se manifesta parfois par une sécrétion considérable et rapide d'urine (obs. 114). Dans quelques cas on a vu survenir, à la suite de la constriction des vaisseaux spléniques, une hémorrhagie abondante par les vaisseaux de l'incision cutanée (obs. 114, 165) ou au niveau de la surface cruentée due à la libération des adhérences péricapsulaires (obs. 191). Cette hémorrhagie ne se produisit qu'à la faveur de lésions vasculaires dues à l'hémophilie de l'individu; mais la cause immédiate de son apparition fut en somme une augmentation de pression artérielle au moment de la suppression du réservoir formé par la rate.

Ajoutons qu'au point de vue pratique ces faits n'ont qu'une importance secondaire.

3^e Influence de la splénectomie sur la composition du sang et l'apparition des hypertrophies ganglionnaires.

On sait quelle obscurité plane encore sur le rôle rempli par la rate dans la composition du sang. Certains physiologistes voient dans cet organe un centre de production des G. R. (1), que d'autres se refusent à admettre, y trouvant au contraire un lieu de destruction des mêmes éléments. La plupart sont cependant d'accord sur son rôle leucocytopoïétique.

Pour pénétrer plus avant dans l'étude du rôle de la rate dans la composition du sang, on a étudié les modifications apportées par l'ablation de cet organe.

A. — **Expérimentation.** — Nous nous contenterons de rappeler brièvement les principales expériences qui ont été faites sur ce sujet,

(1) Nous avons adopté les abréviations de G. R. et de G. B. pour signifier « Globules rouges » et « Globules blancs ».

et nous renvoyons pour plus amples renseignements au travail récent de Laudenbach (1).

Tous les physiologistes, sauf Pouchet (2), sont d'avis que la splénectomie entraîne des changements dans la composition du sang ; mais la plupart d'entre eux font remarquer que *ces changements ne sont pas constants*.

1° MODIFICATIONS DES GLOBULES ROUGES. — Mosler, le premier, nota une diminution notable des G. R., commençant immédiatement après le dératement et se prolongeant pendant plusieurs mois (3).

D'après Malassez, la diminution des hématies ne durerait pas plus d'un mois, tandis que celle de l'hémoglobine se prolongerait pendant plusieurs mois (4). Le premier, cet auteur constata la lenteur de la régénération du sang après la saignée chez les animaux dératés.

Zesas nota de même la diminution des G. R., mais ne la retrouva plus au bout de six mois (5).

Winogradoff constata que cette diminution durait près de 200 jours et trouva une diminution de l'hémoglobine (6).

Tauber (7), Lockhart-Gibson (8), Emilianoff (9), Vulpius (10), constatèrent aussi une diminution post-opératoire des G. R. ; mais leurs résultats diffèrent sur le degré et sur le moment où elle cessa.

Non seulement les G. R. sont diminués de nombre, mais beaucoup d'entre eux sont modifiés dans leur forme. C'est ainsi qu'on trouve dans le sang, après l'ablation de la rate, des G. R. à noyaux.

(1) LAUDENBACH. La fonction hémopoïétique de la rate. Étude historique et critique. *Arch. de physiol.*, Paris, 1896, p. 724.

(2) POUCHET. Note sur la constitution du sang après l'ablation de la rate. *Gaz. méd. de Paris*, 1878, p. 316.

(3) MOSLER. *Pathologie und Therapie der Leukämie*, 1872.

(4) MALASSEZ. Sur les fonctions de la rate. *Gaz. méd. de Paris*, 1878, p. 317.

(5) ZESAS. De l'extirpation de la rate et du corps thyroïde. *Arch. f. klin. Chir.*, 1882, t. XXVIII, p. 157 ; et 1884, t. XXX, p. 395.

(6) WINOGRADOFF. Sur la question de l'importance de la rate dans l'organisme. *Wracth*, 1883, nos 6 et 7.

(7) TAUBER. Zur Frage nach der physiol. Beziehung der Schilddrüse zur Milz. *Virchow's Arch.*, 1889, XCVI.

(8) LOCKHART-GIBSON (J.). Les organes hémato-poïétiques et l'hématopoïèse. *Journ. of anatomy and physiol.*, 1888, t. XX, p. 100.

(9) EMILIANOFF. Sur le rôle de la rate au point de vue de la composition du sang. *Arch. d. sc. biol.*, Saint-Petersb., 1893, p. 134.

(10) VULPIUS (O.). De la chirurgie et de la physiologie de la rate. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1894, t. XI, p. 633 ; in *Semaine méd.*, 1894, p. 402.

Tizzoni a recherché les variations de la quantité d'hémoglobine dans le sang des animaux dératés. Il a constaté chez les vieux chiens une diminution considérable de cette substance, sensible au bout de 48 heures, puis le retour progressif à la normale ; chez les jeunes chiens de simples oscillations autour d'un point inférieur à la normale (1).

Notons enfin la diminution du fer dans le sang de l'animal dératé, que Schindeler signala le premier (2) et qui a été retrouvée par d'autres expérimentateurs.

2° MODIFICATIONS DES GLOBULES BLANCS. — En même temps qu'une diminution des G. R., les précédents physiologistes ont constaté une augmentation des G. B.

Cette augmentation ne semble pas se produire aussitôt après la splénectomie. Bardach (3), après Billroth et Mosler (4), a signalé une diminution temporaire du nombre des leucocytes dans le sang des chiens dératés. Robin (5), Gaube, Winogradoff (6) ont aussi insisté sur cette diminution, qui, d'après eux, serait précédée d'une augmentation passagère aussitôt après l'opération.

D'après Emilianoff, le nombre des G. B. diminue après la splénectomie et n'augmente que lorsque les autres glandes lymphatiques hypertrophiées sont capables de suppléer la rate (7). Cette diminution des G. B. serait due à un arrêt de leur formation ; et, ce qui le prouve bien, c'est que le nombre des formes adultes et des formes vieilles des leucocytes augmente dans le sang après la splénectomie, leur transformation s'accomplissant dans le sang et non plus dans la rate.

(1) TIZZONI (Guido). Expériences et recherches sur la fonction hématopoïétique et la reproduction totale de la rate. *Arch. ital. de biol.*, 1882, t. I, p. 22 et 129 ; in *Revue des sciences méd.*, t. XXI, p. 69.

(2) SCHINDELER. Veränderungen im Organismus nach Milzextirpation. *Inaug. Diss.*, 1870.

(3) BARDACH. Recherches sur le rôle de la rate dans les maladies infectieuses. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1889, p. 577 ; 1891, p. 40.

(4) MOSLER. Les suites de l'extirpation de la rate. *Deuts. med. Woch.*, 29 mai 1884, p. 337.

(5) ROBIN (Ch.). Physiologie de la rate. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1874, 3^e série, t. II, art. Rate, p. 422.

(6) WINOGRADOFF. *Loco cit.*

(7) EMILIANOFF. *Loco cit.*

3° **ALTÉRATIONS DES GANGLIONS LYMPHATIQUES ET DE LA MOELLE OSSEUSE.** — L'hypertrophie des ganglions lymphatiques a été fréquemment constatée chez les animaux dératés Kourloff (1) a insisté particulièrement sur ce point qu'avaient autrefois signalé Mayer (2), Bennett (3), Gerlach (4).

Mosler (5), Winogradoff (6), Bizzozero et Salvioli (7), Tizzoni (8), Gibson (9), ont, d'autre part, montré les modifications qui se produisaient dans la moelle osseuse après l'ablation de la rate.

Ces lésions congestives et hypertrophiques qui, apparaissent dans les ganglions lymphatiques et la moelle osseuse, indiqueraient que c'est à ces organes qu'est dévolu après la splénectomie le soin de suppléer les fonctions de la rate. Les ganglions remplaceraient le corpuscule de Malpighi pour la formation des lymphocytes, et la moelle des os remplacerait la pulpe pour la transformation des G. B. (Emilianoff).

L'hypertrophie des ganglions n'est cependant pas constante, comme l'ont constaté Mosler et Legros (10). Masoin (11), Ceresole (12), Jonnesco (13) disent même ne l'avoir jamais observée. Ceresole nie toute modification de la moelle osseuse après la splénectomie.

Se basant sur la variabilité des troubles observés, certains physiologistes se refusent à admettre que la rate soit remplacée, après son ablation, par aucune glande et considèrent que les adénopathies observées sont d'origine inflammatoire (14).

(1) KOURLOFF. Sur les altérations du sang chez les animaux extirpés de la rate. *Wratch*, 1889, p. 515 ; 1892, p. 469.

(2) MAYER (C. A.). Versuche über die Ausrottung der Milz. *Salzburger mediz. chir. Zeitung*, 1815, t. IX, p. 189.

(3) BENNETT. Sur les fonctions de la rate et des autres glandes lymphatiques. *Monthly Journ. of med. sciences*, 1852, t. XIV, p. 200.

(4) GERLACH. Études sur la rate. *Gaz. hebdomadaire de médecine*, 1856, t. III, p. 386.

(5) MOSLER. *Loco cit.*

(6) WINOGRADOFF. *Loco cit.*

(7) BIZZOZERO ET SALVIOLI. *Moleschott's Unters.*, t. XII, p. 595.

(8) TIZZONI. *Loco cit.*

(9) GIBSON. *Loco cit.*

(10) LEGROS. In CH. ROBIN, *loco cit.*, p. 424 et 425.

(11) MASOIN. Recherches expérimentales sur l'atrophie congénitale et la turgescence digestive de la rate. *Acad. de méd. de Belgique*, 1880, t. XIV, n° 11.

(12) CERESOLE. De la régénération de la rate chez le lapin. *Zeigler's Beitr. z. pathol. Anat.*, XVII, p. 602.

(13) JONNESCO (Th.). De la splénectomie. *Congrès de Moscou*, août 1897.

(14) ROBIN (Ch.). *Loco cit.*, p. 426.

B. — Examen du sang chez l'homme. -- Les examens du sang faites chez l'homme après la splénectomie ont confirmé dans un certain nombre de cas les résultats fournis par l'expérimentation. Cette constatation a surtout de la valeur dans les cas d'ablation de rates blessées, car dans ces conditions on ne peut invoquer, pour expliquer les modifications de composition du sang, leur existence antérieure, si fréquente dans les maladies de la rate.

La diminution des G. R. et l'augmentation des G. B. se présentent avec des différences absolues et relatives telles qu'il n'est pas possible de fixer une moyenne. C'est ainsi qu'on a vu le nombre des G. B. atteindre 15.000, 35.000, 50.000 par millimètre cube (ce dernier chiffre étant tout à fait exceptionnel) et leur rapport avec les G. R. devenir $1/200$, $1/175$, $1/100$ et même $1/50$.

Ces troubles hématiques ont de même une durée très variable. Ils disparaissent généralement en quelques semaines ; mais on les a trouvés persistant plusieurs mois et même plusieurs années après la splénectomie.

A côté de ces phénomènes passagers de leucocytose, on observe parfois de véritables troubles leucémiques (obs. 106). Il s'agit alors d'individus leucocythémiques avant l'opération, et ce n'est donc pas celle-ci qui a été le point de départ de la leucémie. Mais comment interpréter ces cas où, comme chez le malade de Crédé (obs. 61), le rapport des G. B. aux G. R. tombe à $1/3$ ou $1/4$ avec de l'amaigrissement, et où ces troubles disparaissent en quelques mois pour faire place à une santé florissante ?

Les auteurs ont rarement recherché les modifications de forme des globules sanguins. Ce point spécial est consigné dans deux examens pratiqués par M. Vaquez chez deux malades splénectomisés par M. Hartmann (obs. 107 et 268).

Enfin on a ordinairement noté une diminution plus ou moins notable de l'hémoglobine (obs. 13, 73, 75, 76, 157, 165, 241, 245, 250, etc.).

Cependant il est à remarquer, comme nous l'avons vu chez les animaux, que les modifications post-splénectomiques du sang ne sont pas constantes. On peut constater que dans bien des cas elles furent nulles ou presque nulles (obs. 73, 76, 107, 115, 129, 138, 150, 162, 164, 215, 216, 222, 231, 233, 242, 245, 246, 268, etc...). Malheureusement la cause de cette variabilité dans la composition du sang après l'ablation

de la rate nous échappe complètement. C'est ainsi que, bien qu'il s'agisse de paludisme, nous sommes embarrassé pour expliquer la disparition des phénomènes de leucocytose pré-opératoire dans les observations de Montenovesi (obs. 147), de Jonnesco (obs. 172, 174, 175), de Tricomi (obs. 158) et d'autres.

On a fréquemment observé une hypertrophie des ganglions lymphatiques, modérée ou considérable, à la suite de la splénectomie chez l'homme. Comme les modifications du sang, ces troubles sont presque toujours passagers ; mais on les a vus persister plusieurs mois après l'opération. Ils peuvent, du reste, manquer, et Tricomi assure ne les avoir jamais observés (1).

Le rôle favorable que certains physiologistes ont attribué à cette hypertrophie ganglionnaire semble ressortir nettement de l'observation de Ballance (obs. 21). Mais il s'agit là d'un fait exceptionnel et par conséquent peu valable. Sans doute, on a noté l'absence d'hypertrophie ganglionnaire dans les cas où les phénomènes pseudo-leucémiques post-opératoires étaient intenses ; mais dans d'autres où cette hypertrophie ganglionnaire faisait aussi défaut on n'a constaté aucun changement dans la composition du sang.

Ces faits suffisent à démontrer combien nos connaissances sont encore peu étendues sur cette question de la suppléance des fonctions spléniques et des troubles qui surviennent dans la composition du sang après l'ablation de la rate. Mais il nous suffit de savoir, au point de vue chirurgical, que ces phénomènes n'influent pas ou n'agissent que passagèrement sur l'état général des opérés.

À la suite de la splénectomie on voit parfois survenir, outre les troubles de leucocytose que nous venons d'étudier, de l'anémie, de l'amaigrissement, de la fièvre avec pouls très rapide, parfois quelques douleurs abdominales.

Ces phénomènes, qui sont toujours passagers, reconnaissent pour causes les changements de composition du sang, le développement d'une péritonite circonscrite autour du pédicule splénique, la réapparition d'accès de fièvre intermittente, etc....

Nous devons cependant noter des faits de fièvre intense avec pouls

(1) TRICOMI (E.). Huit cas de splénectomie. *Congrès intern. des sciences méd.*, Rome 1894, in *Mercredi méd.*, 1894, p. 232.

extrêmement rapide qu'on a observés dans quelques cas (obs. 15, 16, 234, etc...), et que nous avons constatés chez la malade de notre maître, M. Bouilly (obs. 218), sans qu'on pût en trouver une explication plausible.

Contre ces troubles on a préconisé divers traitements, tels que l'ingestion de suc splénique (obs. 15, 171, 172) ou de moelle osseuse (obs. 15 et 16), et on en a, dit-on, obtenu d'excellents résultats. Il faut, jusqu'à preuve plus complète, se tenir sur la réserve vis-à-vis de ces spécifiques. Le fait, que ces phénomènes sont inconstants et qu'abandonnés à eux-mêmes ils guérissent toujours rapidement, enlève à ces méthodes thérapeutiques une grande partie, sinon la totalité de leur valeur, qu'on les emploie comme moyens curatifs ou même à titre préventif.

§ 4. — **Existe-t-il un rapport physiologique entre la rate et le corps thyroïde ?**

Tiedemann avait remarqué que l'ablation de la rate était suivie du gonflement du corps thyroïde (1).

Les expériences plus anciennes de Bardeleben (2) sembleraient donner raison à ce physiologiste : deux chiens et deux lapins splénectomisés et thyroïdectomisés meurent, trois chiens splénectomisés, mais non thyroïdectomisés, guérissent. Mais Bardeleben n'a jamais constaté aucun changement dans le corps thyroïde des nombreux animaux qu'il a dératés.

Philippeaux conserva pendant cinq mois des rats auxquels il avait enlevé la rate, le corps thyroïde et les capsules surrénales (3).

De même Legros n'a jamais constaté d'hypertrophie thyroïdienne chez les rats dératés (4).

Zesas émit l'hypothèse que la survie des animaux splénectomisés était due à ce que le corps thyroïde suppléait les fonctions de la rate (5).

(1) TIEDEMANN. *Zeitschrift f. Physiologie*, BdV, H. I, 1853.

(2) BARDELEBEN. *Dissert. de Gland...*, Berolini, 1841.

(3) PHILIPPEAUX. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1857, XLIV, p. 396.

(4) LEGROS. *Loco cit.*, p. 425.

(5) ZESAS (G.). De l'extirpation de la rate et du corps thyroïde. *Arch. f. klin. Chir.*, 1884, t. XXX, p. 395 ; in *Revue des sciences méd.*, t. XXV, p. 457.

Zanda constata qu'en pratiquant une transfusion ou une saignée chez un animal thyroïdectomisé et en proie aux accidents convulsifs, on faisait disparaître les phénomènes graves pendant un ou deux jours; après quoi ces phénomènes réapparaissaient et disparaissaient sous l'influence du même moyen. Il enleva alors la rate à des chiens, puis au bout d'un mois le corps thyroïde. Or, sur dix cas, huit fois il aurait ainsi obtenu l'immunité contre la cachexie strumiprive. Il en conclut que cette cachexie résultait de l'accumulation dans le sang d'un principe toxique agissant sur le système nerveux central. Ce principe est probablement un produit d'échange matériel qui est cédé au sang par la rate. La fonction de la thyroïde consiste probablement à neutraliser ce principe toxique (1).

Les expériences de Sanguirico et Canalis (2), de Gley (3), de Vassalle et Brazza (4), de Tizzoni (5) n'ont pas confirmé les résultats obtenus par Zesas et Zanda.

Bien que ces dernières conclusions paraissent exactes, nous devons signaler l'hypertrophie thyroïdienne certaine, que l'on a signalée, dans des cas très rares, chez l'homme et chez les animaux après la splénectomie.

§ 5. — La splénectomie a-t-elle une influence sur la croissance et les aptitudes génésiques ?

Dans une leçon sur les glandes vasculaires sanguines, M. Lance-reaux considérait, en s'appuyant sur un fait clinique, les altérations de la rate comme s'opposant directement au développement en géné-

(1) ZANDA (L.). Sur le rapport fonctionnel entre la rate et la thyroïde. *Arch. ital. de biol.*, XIX, p. 432; et *Lo Sperimentale*, 1893, XLVII; in *Revue des sciences méd.*, t. XLIII, p. 425, et t. XLIV, p. 420.

(2) SANGUIRICO (C.) et CANALIS (P.). De l'extirpation du corps thyroïde. *Arch. ital. de biol.*, t. V, f. 3, p. 390; in *Revue des sciences méd.*, t. XXV, p. 459.

(3) GLEY. La question des rapports entre la rate et le corps thyroïde. *Arch. de physiol.*, Paris, 1894, p. 207.

(4) VASSALLE (G.) et BRAZZA (F.). Sur la spléno-thyroïdectomie chez le chien, et chez le chat. *Arch. ital. de biol.*, 1895, XXI, p. 347; in *Revue des sciences méd.*, t. XLVII, p. 56.

(5) TIZZONI (G.). De la splénectomie chez le lapin et de l'absence de rapports fonctionnels entre la rate et le corps thyroïde. *Arch. ital. de biol.*, 15 déc. 1884, t. IV, f. I; in *Revue des sciences méd.*, t. XXV, p. 460.

ral et à celui du système pileux et des organes génitaux en particulier. D'après lui, ce serait par l'intermédiaire des lésions spléniques que le paludisme et la syphilis agiraient pour déterminer l'infantilisme (1).

Les expériences de Kourloff sur les cobayes (2), de Dastre sur des jeunes animaux dératés (3) et celles de Vitzou (4) sur une chienne et deux lapins ne permettent pas d'adopter cette conception. C'est ce qui résultait, du reste, des expériences plus anciennes de Masoin (5) et de Béclard (6).

A ce propos, M. Dastre fait remarquer que, contrairement à ce qui arrive pour la thyroïdectomie, les animaux jeunes supportent l'ablation de la rate aussi facilement que les animaux vieux.

Les faits cliniques ont confirmé les résultats donnés par l'expérimentation. Dans aucun cas, même chez les jeunes gens, on n'a noté d'arrêt de développement de l'individu.

Plusieurs des malades splénectomisées devinrent enceintes quelques temps après l'opération et accouchèrent normalement à terme (obs. 24, 49, 129, 142, 149, 163, 228).

Chez la malade de Asch, enceinte d'un mois au moment de l'opération, la grossesse continua son cours régulier (obs. 227).

§ 6. — Influence de la splénectomie sur les fonctions digestives.

Il résulte des expériences de Schonfeld que le poids et le volume de la rate augmentent cinq heures après chaque repas (7). Est-ce parce qu'à ce moment la rate entre en activité et joue un rôle dans la digestion ? ou n'est-ce pas tout simplement en raison de l'augmentation passive de la pression du sang dans la rate, causée par le travail de la digestion ?

(1) LANCEREAUX. Les glandes vasculaires sanguines ; leur rôle pendant la période de croissance. *Semaine méd.*, 1893, p. 25.

(2) KOURLOFF. *Loco cit.*

(3) DASTRE. Développement et croissance. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 3 juin 1893, p. 584 ; et *Arch. de physiol.*, 1893, p. 561.

(4) VITZOU (A.-N.). Influence de l'extirpation de la rate sur les aptitudes génésiques. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 3 mars 1894, p. 207.

(5) MASOIN. *Loco cit.*

(6) BÉCLARD. *Traité élém. de physiol.*, 7^e édit., 1886, D. I, p. 704 et 705.

(7) SCHONFELD. *Dissertatio physiologica de functione lienis*, Groningue, 1854.

Pour Schiff, la rate fournit pendant sa dilatation un ferment spécial, indispensable à la création d'une pancréatine aux dépens des éléments peptogènes du sang (1). Aussi la splénectomie a-t-elle pour effet de neutraliser les facultés digestives du suc pancréatique.

Cette théorie, que les expériences in vitro de Herzen (2) semblèrent confirmer, a été nettement contredite par celles d'Heidenhain (1875), d'Ewald (3), de Bufalini (4), de Mosler (5), de Carvallo et Pachon (6), qui ont démontré que le rôle de la rate dans la digestion était une pure hypothèse.

L'ablation de la rate pourrait cependant, d'après Dastre, causer une diminution de l'activité du pancréas, mais simplement en restreignant la circulation de cet organe (7).

Malpighi (8), Denis (9), Dalton (10), Flint (11) ont signalé la voracité des animaux privés de rate (12). Mais, comme le fait remarquer Flint et comme nous avons pu le constater, ce phénomène n'est pas constant. Le même auteur a, du reste, vu des chiens devenir voraces après l'extirpation d'un rein.

Signalons cependant un fait établi par Legros, à savoir que les

(1) SCHIFF (M.). Sur le fonctionnement de la rate. *Schweizer Zeits. f. Heilk.*, 1862, I, p. 201. — Sur le pouvoir digestif du suc pancréatique. *Imparziale*, 1864, p. 217.

(2) HERZEN (A.). Voir Index bibliographique.

(3) EWALD. Sur la digestion pancréatique après la splénectomie. *Arch. f. Anat. und Physiol.*, 1878, p. 537.

(4) BUFALINI. Sur l'activité digestive du pancréas chez les animaux dératés. *C. R. des recherches expérimentales faites au laboratoire de physiologie de Sienne*, 1879.

(5) MOSLER. *Loco cit.*

(6) CARVALLO (J.) et PACHON (V.). De l'activité digestive du pancréas des animaux à jeun normaux et dératés. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 17 juin 1893, p. 641.

(7) DASTRE (A.). Contribution à l'étude des ferments du pancréas. *Arch. de physiol.*, Paris, 1893, p. 774.

(8) MALPIGHI. *Loco cit.*

(9) DENIS. *Journal des Savants*, 1672.

(10) DALTON. *Human physiology*, Philadelphie, 1807, p. 195.

(11) FLINT. *Physiology. of man. Secretion*. New-York, 1870, p. 347.

(12) D'après POUCEL (Considérations sur la gastrotomie en général et particulièrement sur l'opportunité de la splénectomie. *Marseille méd.*, 1879, p. 70), la ligature des vaisseaux spléniques dans la splénectomie empêche le transport jusqu'au foie des matériaux absorbés par les vaisseaux courts au niveau de la muqueuse stomacale. Cette diminution de l'absorption gastrique expliquerait l'état famélique des animaux dératés.

Cette théorie ne repose sur aucune base.

animaux privés de rate résistent mal aux causes d'affaiblissement. Peut-être l'exagération de leur appétit résulte-t-il du besoin impérieux de réparer incessamment les forces (1).

Aucun trouble digestif spécial n'a été noté chez l'homme. Ce n'est que dans le cas de Schulz que l'augmentation de l'appétit aurait été constatée (obs. 39).

§ 7. — **Influence de la splénectomie sur la marche des infections** (2).

On sait l'importance que présente la rate dans la défense de l'organisme contre les infections, soit comme centre de destruction des microbes, soit comme organe producteur des G. B. Bien que ce rôle ne lui soit pas dévolu exclusivement comme on le croyait autrefois, on n'en a pas moins pu redouter que son ablation mit l'organisme en état d'infériorité vis-à-vis des infections et n'empêchât la production de l'immunité.

Pour résoudre cette question on n'a pu que s'adresser à l'expérimentation. Si, en effet, on se rend compte de la difficulté que présentent de semblables expériences, on comprendra que l'observation clinique soit insuffisante à obtenir quelque résultat à ce point de vue. Trop de facteurs, souvent inconnus ou négligés, interviennent pour changer les conditions de résistance de l'individu et de virulence des microbes.

A. — **Marche des infections chez les animaux splénectomisés.** — Notre maître, M. Roger, le premier, en 1888, injecta dans les veines de lapins, splénectomisés, deux trois et quatre jours avant, quelques gouttes d'une culture charbonneuse plus ou moins virulente. Les résultats furent très discordants (3).

(1) LEGROS (CH.). *Loco cit.*, p. 415.

(2) Nous empruntons une grande partie des renseignements qui suivent aux thèses de F. BEZANÇON (*Contribution à l'étude de la rate dans les maladies infectieuses*. Thèse de Paris, 1895) et de E. DUFFAU (*Du rôle de la rate dans les maladies infectieuses. Influence de la splénectomie sur la marche des infections*. Thèse de Lyon, 1897, p. 13).

(3) ROGER. La rate dans les maladies infectieuses. *Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 1^{er} avril 1893, p. 146.

Bardach injecta des cultures charbonneuses à des chiens un mois après la splénectomie et pratiqua le dératement chez des chiens préalablement immunisés. Bien que certains points de ses expériences prêtassent à la critique, il en déduisit que la splénectomie diminuait ou abolissait la résistance aux virus faibles ou atténués (1).

Kourloff, inoculant des microbes pathogènes (choléra des poules, b. anthracis, staph. aureus) à des lapins dératés ou sains, n'obtint que des résultats discordants (2).

Des expériences de Martinotti et Barbacci, faites sur des lapins et des cobayes avec des cultures de b. anthracis, il résulte que la splénectomie n'amène aucune modification dans le mode de réaction et de résistance des animaux (3).

Les expériences de Soudakewitch, basées sur ce fait que chez le singe la destruction des spirilles de la fièvre récurrente se fait entièrement dans la rate (expériences de Metchnikoff. 1887), montrent l'influence néfaste de l'inoculation des spirilles chez les singes dératés (4). Mais Tiktine conteste toute valeur à ces expériences, parce que Soudakewitch opérait en hiver et que les singes tombent, au cours de la fièvre récurrente, dans un état de prostration tel que le moindre refroidissement les tue. Ses expériences lui ont montré que la splénectomie n'a aucune influence dans les infections par les spirochètes chez les singes (5).

Pour Metnikow-Raswedenkow, c'est le traumatisme opératoire seul qui explique les morts hâtives chez les animaux dératés (6).

De même Georgievski dénie, d'après ses expériences faites à l'aide du vibron cholérique et du b. anthracis, toute influence à la splénectomie (7).

Courmont et Duffau concluent de leurs expériences que le lapin

(1) BARDACH. *Loco cit.*

(2) KOURLOFF. *Loco cit.*

(3) MARTINOTTI et BARBACCI. Ueber akute Milzanschwellung bei Infektionskrankheiten. *Centrbl. f. allgemeine path.*, 1890, Bd. 1, n° 2.

(4) SOUDAKEWITCH (J.). Recherches sur la fièvre récurrente. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept. 1891, p. 545.

(5) TIKTINE. *Revue méd. de Moscou*, 1894, t. X, p. 4.

(6) METNIKOW-RASWEDENKOW. *Zeit. f. Hygien*, 1896, p. 466.

(7) GEORGIEVSKI. La leucocytose chez les animaux splénectomisés *Thèse Saint-Petersbourg*, 1895; et *Bolnitsch. Gaz. Botkina*, 1895, n° 13.

splénectomisé résiste moins ou plus que le témoin à l'infection suivant le microbe inoculé. Si la splénectomie est ancienne, ses effets sont exactement inverses pour le même microbe (1).

B. — Influence de la splénectomie sur les phénomènes de l'immunité. — Bardach conclut de ses expériences, faites sur les lapins avec des cultures de charbon, que la splénectomie n'empêche pas toujours l'immunisation de se produire et que l'animal vacciné garde son immunité après la splénectomie (2).

Foa et Scabia, qui ont expérimenté avec le pneumocoque, aboutissent aux mêmes conclusions (3).

Tizzoni et Cattani, au contraire, n'ont pu immuniser contre le tétanos aucun lapin dératé depuis 14 à 45 jours (4).

Kanthack conclut de ses expériences, faites sur des lapins avec des cultures de bacille pyocyanique, que la splénectomie ne met aucun obstacle à l'immunisation (5).

Righi immunise la souris dératée contre la fièvre typhoïde et le choléra (6).

Benario immunise la souris dératée contre la ricine et contre le rouget, le lapin dératé contre le tétanos, contrairement aux expériences de Tizzoni et Cattani (7).

Orlandi constate que la splénectomie n'exerce aucune influence sur l'action vaccinante par le virus de la rage ou par le vaccin chimique de Centanni (8).

(1) COURMONT (J.) et DUFFAU (E.). Marche des infections expérimentales chez le lapin splénectomisé. *C. R. de la Soc. de biol.*, 13 juin 1896, p. 609. — DUFFAU (E.). *Loco cit.*, p. 62.

(2) BARDACH. *Loco cit.*, p. 61.

(3) FOA et SCABIA. Sulla immunità e sulla terapia della pneumonite. *Gaz. med. di Torino*, 1892, nos 13, 14 et 16; et *Rif. med.*, 1892, t. II, p. 92.

(4) TIZZONI et CATTANI. Ueber die Wichtigkeit der Milz bei der experimentellen Immunisirung des Kaninchens gegen den Tetanus. *Centralb. f. Bakteriolog.*, 1892, Bd. XI, p. 325.

(5) KANTHACK. Ist die Milz von Wichtigkeit bei der experimentellen Immunisirung des Kaninchens gegen den bacil. pyocyaneus? *Cent. f. Bakteriolog.*, 1892, t. XII, p. 227.

(6) RIGHI. *Rif. med.*, 1893.

(7) BENARIO. *Deut. med. Woch.*, 1894.

(8) ORLANDI (E.) Effets de l'ablation de la rate sur la rage. *Rif. med.*, 1893, t. II, p. 195.

D'après Montuori, l'ablation de la rate chez le chien et le lapin supprime pour un certain temps le pouvoir microbicide du sérum sanguin. Le ferment qui confère au sang son pouvoir microbicide fait défaut dans le sang après la splénectomie (1).

Pour Courmont et Duffau, le sérum du lapin dératé paraît subir, dans ses propriétés bactéricides vis-à-vis du microbe employé, des modifications parallèles aux résultats obtenus en inoculant le microbe à un lapin splénectomisé et non immunisé (voir p. 24). Ils concluent que la rate paraît présider à la fabrication de substances qui sont bactéricides pour certains microbes et microbiophiles pour d'autres (2).

La variabilité et même la contradiction des résultats prouvent combien est grande la confusion qui règne encore sur cette question du rôle de la rate dans la défense de l'organisme. Que la raison de ces contradictions soit, comme le soutient Duffau, que l'animal dératé se comporte tout différemment suivant qu'on l'éprouve avec tel ou tel virus, c'est un fait possible ; mais on conviendra que sur ce point de nouvelles recherches sont nécessaires.

On ne peut donc se prononcer actuellement sur cette question complexe. Il ressort cependant des expériences que nous venons de citer, que la rate n'a pas un pouvoir protecteur aussi important qu'on l'a dit (3).

En clinique on peut dire, tout en tenant compte de la difficulté de semblables observations, que la splénectomie ne paraît pas diminuer la résistance des individus dératés contre les infections. On n'a pas, en effet, noté que celles qui se sont produites chez eux, et qu'on trouvera consignées dans nos observations, se soient manifestées avec une gravité plus considérable que d'habitude.

Quel que soit, du reste, l'intérêt de cette question, il est évident qu'au point de vue chirurgical elle est d'une importance bien restreinte. Lorsqu'on se décide à pratiquer chez l'homme une splénecto-

(1) MONTUORI. Influence de l'ablation de la rate sur le pouvoir microbicide du sang. *Rif. med.*, 1893, t. I, p. 472.

(2) COURMONT et DUFFAU. *Loco cit.*

(3) WERIGO. — 1° Les globules blancs comme protecteurs du sang. *Ann. de l'Inst. Pasteur* juil. 1892. — 2° Développement du charbon chez le lapin. *Idem*, 1894) a même soutenu que le rôle de la rate dans la phagocytose serait très restreint et bien inférieur à celui du foie.

mie, qui constitue toujours une opération importante, c'est qu'on y est poussé par l'existence de troubles très marqués. Dans ces conditions, ce n'est pas la crainte, peut-être mal fondée, de diminuer la résistance de l'individu contre l'infection, qui devra contre-indiquer l'emploi du seul moyen d'obtenir la guérison d'une affection grave ou pénible. Du reste, la splénectomie est ordinairement faite dans des cas de rate malade, dont le rôle doit être peu important sinon nul.

§ 8. — De l'hypotoxicité urinaire après la splénectomie.

Conduit par l'idée que la rate, comme toute autre glande de l'économie, pouvait jouer un rôle dans la destruction ou la fabrication des toxines, M. Jonnesco entreprit, en août 1896, d'élucider cette question par l'examen de la toxicité urinaire avant et après la splénectomie. Il publia ses premiers résultats dans un travail paru au début de cette année (1). Il est revenu récemment sur cette question et a complété les renseignements précédents (2).

Le résultat de ses expériences fut toujours affirmatif; il nota après la splénectomie une diminution notable et constante de la toxicité urinaire, aussi bien chez l'homme que chez l'animal.

Chez quatre chiens dératés, le coefficient uro-toxique qui, avant l'opération, était de 50 à 60 cent. cubes, s'abaisse après l'opération à 75 ou 95 cent. cubes. Chez les malades splénectomisés le coefficient urotoxique, qui, avant l'opération, était de 40 à 50 cent. cubes, s'abaisse après la splénectomie à 80 ou 90 cent. cubes (*Congrès de Moscou*), 90 à 120 cent. cubes (*Progrès méd.*). Une seule fois cette hypotoxicité fut remplacée par de l'hypertoxicité; cela fut dû soit à un réveil de l'impaludisme, soit à une complication fébrile. Avec la disparition de ces accidents infectieux, on nota la substitution de l'hypotoxicité à l'hypertoxicité.

Chez un malade atteint de kyste hydatique suppuré de la rate, M. Jonnesco constata que le coefficient urotoxique était de 85 cent. cubes. Cette hypotoxicité préopératoire s'expliquerait, d'après lui, par ce fait qu'une grande partie de la rate était détruite par le kyste et qu'en conséquence il y avait un fonctionnement insuffisant de cet

(1) JONNESCO (Th.). De la splénectomie. *Progrès méd.*, 26 mars 1897, p. 177.

(2) JONNESCO (Th.). Idem. *Congrès intern. de méd.*, Moscou, août 1897.

organe. Après la splénectomie le coefficient urotoxique s'abaisse à 160 cent. cubes.

De ces faits M. Jonnesco conclut à la constance de l'hypotoxicité urinaire après la splénectomie.

Recherchant la cause de ce phénomène, il rejette l'hypothèse qui ferait considérer la rate comme un lieu d'élimination pour les toxines, car les hommes ou les animaux splénectomisés jouissent d'une santé florissante. Il croit plutôt que la rate est un laboratoire de fabrication de toxines.

Il nous semble que cette question de l'hypotoxicité urinaire après la splénectomie est moins simple que le soutient M. Jonnesco. En nous reportant, en effet, à ses observations nous trouvons les résultats suivants :

OBS. II.	—	Coefficient urotoxique	Pré-opér..	50-70 cc.
			Post-opér.	90-100 cc.
OBS. III	—	—	Pré-opér..	95 cc.
			Post-opér.	95 cc.
OBS. IV	—	—	Pré-opér..	65 cc.
			Post-opér.	20-30 cc.
			(hypertoxicité fébrile)	
OBS. VI	—	—	Pré-opér..	75 cc.
			Post-opér.	70 cc.
OBS. VII	—	—	Pré-opér..	35 cc.
			Post-opér.	160 cc.
OBS. XI	+	—	Pré-opér..	120 cc.
			Post-opér.	8 cc.

On conviendra que ces faits sont insuffisamment démonstratifs.

§ 9. — De la régénération de la rate après la splénectomie.

L'innocuité de l'ablation de la rate est-elle due, comme on l'a dit, à la reproduction de cet organe après la splénectomie ?

La régénération de la rate après son extirpation a été soutenue par Mayer (1815) et par Philipeaux (1), puis niée par Peyrani (2).

(1) PHILPEAUX. *Loco cit.*

(2) PEYRANI (S.). 1° Sur les expériences de M. Philipeaux sur la régénération de la rate. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1861, t. LIII, p. 973. — 2° Sur la non-reproduction de la rate. *Gaz. med. ital. Province Sarde*, 1861, p. 385.

Philippeaux reconnut ensuite que la rate complètement enlevée ne se régénérât pas (1).

Legros dit n'avoir jamais constaté la régénération de la rate chez les animaux qu'il a opérés (2).

Tizzoni a soutenu plus récemment qu'après la splénectomie, la rate se reproduisait à tous les âges. A l'autopsie d'un jeune chien et d'un vieux chien, splénectomisés trois mois auparavant, il trouva un grand nombre de petites rates (60 à 80) de nouvelle formation dans l'épiploon gastro-hépatique et le grand épiploon. Ces rates avaient pour centre la formation d'un corpuscule de Malpighi, autour duquel apparaissait un tissu pulpeux et contenant des vaisseaux caverneux (3).

Le même auteur a constaté que quand la rate s'atrophiait, sous l'influence d'une splénite interstitielle chronique, on trouvait également des nodules spléniques dans l'épiploon gastro-splénique et le grand épiploon; mais ces petites rates de nouvelle formation restaient imparfaites et n'étaient constituées que par un tissu conjonctif plus ou moins serré, dont les mailles dilatées ne contenaient que du sang (4). Cette structure nous semble cependant devoir faire rejeter l'analogie que Tizzoni établit entre ces productions et de véritables rates.

Masoin dit n'avoir jamais observé la reproduction de la rate chez le lapin quand on l'avait enlevée en totalité (5).

Eternod constata chez un renard, ayant subi la splénectomie totale quatre mois auparavant, la régénération partielle de la rate, consistant en la néoformation d'un nodule splénique (6).

Cecchini déclare que l'extirpation totale de la rate chez la grenouille, le triton, la salamandre, le chien, le poulet et le lapin n'est jamais suivie de la reproduction de l'organe. Mais, lorsqu'on laisse en place un débris de la capsule ou du parenchyme splénique, lorsque la rate se rompt pendant l'ablation et que des fragments de son tissu se répandent le long du trajet suivi par l'organe au moment de l'ex-

(1) PHILIPPEAUX. *C. R. de l'Académie des sciences*, 1865, t. LXI, p. 1058.

(2) LEGROS (Ch.). *Loco cit.*, p. 426.

(3) TIZZONI (G.). *Loco cit.*

(4) TIZZONI (G.). De la reproduction de la rate à la suite de processus pathologiques qui ont aboli en partie les fonctions de la rate. *Arch. ital. de biol.*, 1882, t. I, p. 141.

(5) MASOIN. *Loco cit.*

(6) ETERNOD (A.). Sur un cas de régénération de la rate à la suite de l'extirpation totale chez le renard. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, Genève, 1885, p. 24.

tirpation, lorsque enfin on sème de petits fragments de rate sur le péritoine du voisinage, on voit la reproduction de nodules plus ou moins volumineux de tissu splénique (1).

Cependant LAUDENBACH a publié récemment la relation d'un cas de complète régénération de la rate chez un chien après une splénectomie totale (2).

On voit que sur cette question encore les avis diffèrent, bien qu'on tente généralement à admettre que la régénération de la rate ne se fait pas quand elle a été enlevée en totalité, et à condition qu'il n'existe pas de rates aberrantes.

Conclusions.

Il résulte de ce rapide exposé des conséquences de la splénectomie, qu'on a accusé celle-ci de nombreux méfaits dont elle est innocente.

Le seul trouble que détermine l'ablation de la rate paraît être constitué par des phénomènes, du reste inconstants, du côté de la composition du sang.

Mais le fait intéressant *en pratique*, est que la suppression de cet organe, non seulement n'est pas mortelle, mais ne détermine aucun trouble grave. Que la cause de cette innocuité soit le développement de rates aberrantes, la reproduction d'une rate incomplètement enlevée ou le développement des organes lymphoïdes, cela importe peu au chirurgien, qui se trouve ainsi autorisé à enlever une rate sans exposer la vie de son malade et sans déterminer de troubles graves et permanents.

(1) CECCHINI (S.). I. Sur la reproduction expérimentale de la rate. — II. Sur la prétendue reproduction de la rate. *Rassegna di scienze mediche* 1886; in *Revue des sciences méd.*, t. XXVIII, p. 462.

(2) LAUDENBACH (J.). *Loco cit.*

CHAPITRE II

De la splénectomie dans les lésions traumatiques de la rate.

Sous cette dénomination de lésions traumatiques de la rate, on range les plaies, les ruptures et les hernies de cet organe (1).

Il est d'usage d'étudier **séparément** les plaies et les ruptures de la rate, celles-ci étant considérées comme la lésion ultime de la contusion. C'est, d'autre part, avec les plaies qu'on décrit habituellement les hernies. Cet ordre, qui convient à l'étude de ces lésions en général, est défectueux quand il s'agit de l'exposé du diagnostic et du traitement. Il nous a semblé préférable de décrire, d'une part, les plaies et les ruptures, d'autre part, les hernies.

Dans la hernie de la rate, en effet, on se rend facilement compte de la nature et de l'état de l'organe hernié. On sait que la partie de rate prolapsée est plus ou moins souillée par les produits septiques avec lesquels elle a été en contact depuis l'accident, et qu'elle est vouée au sphacèle, en raison de son étranglement par les lèvres des parties molles qui l'entourent et l'empêchent de se réduire spontanément.

Qu'il s'agisse, au contraire, d'une plaie de la rate et surtout d'une rupture, on est souvent hésitant sur l'existence de la lésion splénique et sur son importance. Cette incertitude du diagnostic est la cause de l'indécision où se trouve fréquemment le chirurgien sur le traitement à instituer.

§ 1. — Plaies et ruptures de la rate.

Notre intention n'est pas d'étudier la conduite à suivre en présence

(1) Toutes les ruptures de la rate ne sont pas d'origine traumatique. Dans certains cas, en particulier chez les paludiques, la rate, hypertrophiée et moins résistante, se rompt sous l'influence d'un traumatisme insignifiant et parfois spontanément. Nous étudierons ensemble ces deux sortes de ruptures, traumatiques et spontanées, dont le traitement est identique.

d'une plaie ou d'une contusion abdominale, qu'on soupçonne être compliquée de la lésion d'un organe intra-abdominal, et en particulier de la rate. Ce serait soulever la question de l'intervention dans les traumatismes abdominaux, que nous nous garderons bien d'aborder ici en raison de sa complexité. Du reste, ce serait sortir de notre sujet, car il est évident que la question de l'opportunité de la splénectomie ne se posera jamais qu'après l'ouverture du ventre, en présence d'une lésion de la rate bien constatée.

Rappelons cependant que dans le cas de plaie abdominale quelconque la plupart des chirurgiens conseillent, si l'on est appelé dans les premières heures après l'accident, de s'assurer si la plaie est pénétrante, et, s'il en est ainsi, d'agrandir la plaie pariétale pour se rendre compte de l'état des viscères abdominaux. A plus forte raison l'exploration directe de l'abdomen est-elle indiquée quand existent des phénomènes d'hémorrhagie interne, d'épanchement intra-péritonéal ou de péritonite.

L'existence du moindre phénomène anormal doit, de même, entraîner une intervention rapide dans les cas de contusion abdominale. Mais la difficulté ou l'impossibilité d'établir un diagnostic précoce dans la plupart des cas font qu'on tend de plus en plus à intervenir d'une façon rapide et systématique.

Quand cette ligne de conduite aura été généralement adoptée, il est certain qu'on aura plus fréquemment, et pour le plus grand bien des malades, l'occasion de traiter les lésions traumatiques de la rate et que les indications de la splénectomie deviendront plus nombreuses.

Pour justifier ces tentatives opératoires, et en particulier l'ablation de la rate, qui ont été faites dans les cas de rupture ou de plaie de cet organe, il n'est pas inutile de rappeler que le pronostic de ces lésions est extrêmement sombre.

Vincent (1), réunissant les cas de Vigla (2), de Collin (3), de Besnier (4) et les siens, n'aboutit-il pas à un total de 134 morts par

(1) VINCENT. Sur le pronostic et le traitement des ruptures de la rate... *Revue de chir.*, Paris, juin 1893, p. 449.

(2) VIGLA. Recherches sur la rupture spontanée de la rate. *Arch. gén. de méd.*, Paris, déc. 1843 et janv. 1844.

(3) COLLIN (Eug.). *Mém. de chir. et de méd. militaires*, 1855.

(4) BESNIER (E.). Pathologie de la rate. *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1879, article Rate.

rupture de la rate contre 6 guérisons. Cette proportion est, il est vrai, exagérée, comme le fait remarquer cet auteur, car beaucoup de cas de rupture et de plaie superficielles doivent guérir et passer inaperçus ou ne peuvent être affirmés en raison de la difficulté du diagnostic.

Une intervention quelconque aura-t-elle quelque chance de diminuer la gravité de ces lésions ?

Un grand nombre de cas, où la mort survient très rapidement, en raison de l'abondance de l'hémorrhagie, échappent à toute intervention. Il n'en est pas toujours ainsi, et la moindre rapidité des événements, grâce à la lenteur de l'écoulement sanguin au niveau de la blessure de la rate, permet assez souvent d'instituer une thérapeutique utile. A ce sujet, Vincent (1) rapporte une statistique très instructive de 77 cas de rupture, sur lesquels 58, soit 75 p. 100, ont abouti à la mort en 24 heures au maximum, et 19, soit 25 p. 100, ont permis aux malades un prolongement d'existence de plusieurs jours. Sur les 58 premiers cas, 37 portent la mention de mort subite, rapide ou inopinée, 4 malades ont vécu 2 heures après l'accident, et 17 ont duré de quelques heures à 24 heures au maximum. Sauf dans quatre cas, où la cause de la mort n'est pas indiquée ou est attribuée à un accès pernicieux, elle fut la conséquence de l'hémorrhagie.

En somme, le grand péril des plaies et des ruptures de la rate est constitué par l'hémorrhagie et la rapidité de sa production. Ces lésions réclament donc une intervention précoce, destinée à arrêter cet écoulement de sang.

Nous supposerons que, la laparotomie ayant été faite, le chirurgien se trouve en face d'une lésion plus ou moins étendue de la rate.

Deux éventualités peuvent se présenter : l'hémostase s'est faite spontanément au niveau de la blessure de la rate ; l'hémorrhagie persiste.

Le chirurgien, qui a été poussé à intervenir pour une raison quelconque, telle que l'existence d'un épanchement intra-abdominal, se trouve embarrassé dans le premier cas, car il se demande non sans raison, si cette hémostase est définitive, et si dans quelques heures ou

(1) VINCENT. *Loco cit.*, p. 580.

dans quelques jours, spontanément (1) ou à l'occasion d'un mouvement un peu brusque, l'hémorrhagie ne va pas reparaitre et déterminer des troubles graves.

Si la plaie est insignifiante, si la rate a contracté avec d'autres organes des adhérences, récentes ou anciennes, qui ont favorisé l'hémostase, si enfin l'accident s'est produit il y a plusieurs jours, il vaut mieux s'abstenir. C'est ce mode de conduite que suivit Vincent dans un cas de rupture d'une rate paludique, survenue dix jours auparavant et ayant déterminé la production d'une volumineuse collection fluctuante (2).

Si, au contraire, la plaie est plus importante et à découvert, si l'accident est récent, si enfin on a conscience que si l'hémorrhagie se reproduisait, elle pourrait être grave, il vaut mieux intervenir et agir comme si l'écoulement sanguin persistait. C'est ce que fit avec raison M. Demoulin dans un cas de rupture totale, où la capsule splénique avait encapuchonné la portion de la rate restée adhérente et déterminé l'hémostase (obs. 8, inédite).

Toutefois l'embarras peut être grand, car il est parfois difficile de se rendre compte de l'état exact des lésions en raison de la présence des caillots plus ou moins adhérents qui recouvrent la rate. Non seulement on hésite sur l'importance des lésions spléniques, mais on peut ne pas les décèler, comme dans le cas complexe opéré par M. Ricard, et que nous a obligeamment communiqué M. Morestin (3).

(1) Cette hémorrhagie pourrait se reproduire sous l'influence des contractions rythmées de la rate. (MOTT. *Soc. clin. de Londres*, 14 fév. 1896.)

(2) VINCENT. *Loco cit.*, obs. II ; et BRANDSTETTER. *Des ruptures de la rate*. Thèse Paris, janv. 1893, obs. I. — La laparotomie permit d'évacuer 2 litres 5 à 3 litres de caillots. La rupture siégeait au niveau de la face externe de la rate ; mais elle était recouverte d'exsudats qui la comblaient et avaient déterminé l'hémostase. On se garda bien d'y toucher et on se contenta de drainer l'abdomen. La guérison se produisit sans aucun incident.

(3) *Traumatisme de l'abdomen. Rupture de la rate. Déchirure du pancréas. Rupture des vaisseaux rénaux.* — Un homme de 45 ans entre au mois de septembre 1893 à l'hôpital Necker, dans le service du professeur Le Dentu. Il a fait une chute du haut d'une voiture à foin sur un tas de pierres et il a été relevé sans connaissance. Il a le pouls petit, le facies pâle. On le remonte un peu par l'ingestion d'alcool et en l'entourant de boules d'eau chaude.

Le lendemain, le blessé, toujours très affaibli, peut nous raconter avec netteté les détails de l'accident. Il se plaint de vives douleurs dans l'abdomen, principalement

Dans le second cas, que nous avons distingué, c'est-à-dire quand l'hémorrhagie persiste, l'indication est plus pressante ; il faut absolument arrêter l'écoulement sanguin.

Historique. — La splénectomie pour plaie ou rupture de la rate n'a été pratiquée que rarement. La statistique d'Adelmann n'en renferme aucun exemple (1).

Riegner n'en a pas trouvé d'observation dans la littérature médicale (2).

Battle en signale sept cas, mais il ne donne sur eux que des renseignements insuffisants (3).

au niveau du creux épigastrique. Le ventre est tendu, légèrement ballonné, sensible à la pression dans toute son étendue ; mais il n'y a aucun point où la douleur soit maxima. Le malade a vomi. Les urines ne contiennent pas de sang. — Immobilisation, glace sur le ventre. Opium.

Le surlendemain le malade a encore eu un vomissement, le ventre est légèrement douloureux, le pouls petit et rapide. Craignant quelque perforation intestinale, M. Ricard, qui suppléait alors M. Le Dentu, pratique la laparotomie. Une longue incision fut d'abord pratiquée de l'ombilic à l'appendice xiphoïde, puis prolongée de quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le péritoine était rempli de sang, dont une partie était transformée en caillot. Le sang évacué, on en chercha la source, mais ce fut en vain.

Le malade mourut le soir même.

A l'autopsie, M. Morestin constata qu'il existait encore un peu de sang dans la cavité péritonéale. Celle-ci présentait à sa partie supérieure d'épaisses adhérences qui séparaient presque complètement la rate du reste de l'abdomen. Cet organe était comme entouré d'un réseau d'adhérences qui s'attachait au diaphragme et aux organes environnants. Il était déchiré, divisé en sept ou huit fragments, et avait subi un véritable broiement. Du milieu de sa face externe, qui présentait une sorte de trou béant en forme de cratère, s'irradiaient plusieurs profondes déchirures qui divisaient presque complètement la rate. — Le pancréas présentait plusieurs déchirures au niveau de sa tête et de sa partie moyenne. Il était, en outre, complètement sectionné au voisinage de son extrémité libre. Le petit fragment externe n'était réuni au reste de la glande que par les vaisseaux spléniques qui passaient comme un pont de l'un à l'autre. — Le rein gauche flottait dans une cavité remplie de sang. (Ce sang s'infiltrait sous le péritoine jusque dans le petit bassin et jusqu'au périnée.) Son pédicule avait été rompu à sa partie moyenne. L'uretère était sain. Il y avait une fracture des 8^e, 9^e et 10^e côtes gauches.

(1) ADELMANN (G.). Modifications de la splénectomie. *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, t. XXXVI, p. 442.

(2) RIEGNER. Splénectomie pour rupture de la rate. *Berl. klin. Woch.*, 1893, t. XXX, p. 177.

(3) BATTLE. Laparotomie pour rupture de la rate. *Med. Press and Circular*, 1893, t. LV, p. 403.

Vulpius n'en rapporte que deux cas (1), et Spanton ne signale que celui de Riegner (2).

Nous n'avons pu en rassembler que 18 observations (3). Le nombre des splénectomies pour plaie ou rupture de la rate doit être plus considérable; mais il est très difficile de les retrouver en raison de l'insuffisance des titres de la plupart des observations de plaies ou de contusions abdominales.

Examen et critique des observations de splénectomie. — Sur nos 18 cas de splénectomie nous notons 8 guérisons et 10 morts, soit une mortalité de 55,5 p. 100.

Ce chiffre considérable de morts ne doit pas étonner si l'on se reporte à ce que nous avons dit sur la gravité des plaies et contusions de l'abdomen, compliquées de blessure de la rate.

A. — MORTS 10. — Nous ne possédons pas de renseignements sur six de ces cas.

Dans celui de Strange et Ware (obs. 11), la mort survint à la fin de l'opération. Le malade, blessé une heure et demie auparavant, était dans un état d'anémie extrême. L'épanchement sanguin intra-péritonéal était très abondant. L'ablation de la rate fut rendue un peu difficile en raison des adhérences nombreuses qui la retenaient et qui étaient dues à une ancienne lésion paludique. Malgré des injections intra-veineuses de sérum pratiquées avant et pendant l'opération, la mort due à l'anémie extrême unie au shock opératoire, survint avant qu'on eut terminé la suture de l'incision abdominale.

Grave aussi était le cas de Roddick (obs. 1). Les phénomènes de shock et d'anémie étaient considérables. La rate rompue fut enlevée facilement. La mort survint cependant six heures après. A l'autopsie on constata que l'abdomen renfermait une centaine de grammes de sang, qu'il existait une fracture de plusieurs côtes, une déchirure du rein gauche et que la vessie était pleine de sang.

(1) VULPIUS. *Loco cit.*

(2) SPANTON. Trois cas de splénectomie. *British med. J.*, 1895, t. II, p. 1090.

(3) Nous avons fait entrer dans cette statistique les six cas cités par Battle et dont nous ne possédons que les titres. Sur ces six cas il y eut cinq morts et une guérison.

Nous n'avons pas compris dans notre statistique le cas de Deaver (obs. 10), sur lequel nous n'avons que les renseignements donnés par R. Douglas qui le dénomme « traumatisme de la rate ».

Le malade de Peyrot (obs. 4) présentait une plaie de l'abdomen par balle de revolver et une fracture du crâne. La laparotomie, pratiquée dix heures après l'accident, permit d'extirper facilement une rate blessée. Cependant le malade mourut deux jours après. L'autopsie montra qu'il n'existait ni péritonite, ni perforation intestinale. Nous manquons de renseignements sur les lésions du cerveau ou d'autres organes, l'autopsie ayant été faite à la morgue; et il reste donc un doute sur la cause de cette mort, que M. Peyrot tend à attribuer à de la septicémie.

M. Demoulin (obs. 8, inédite) se trouva en présence d'une rupture totale de la rate datant de cinq jours et ayant déterminé des symptômes d'anémie assez considérable. Bien que l'hémorrhagie se soit arrêtée spontanément, il crut prudent de pratiquer l'ablation de l'organe lésé. Deux jours après l'opération survinrent des vomissements fécaloïdes, et le malade mourut 57 heures après l'intervention. L'autopsie permit de reconnaître l'existence de lésions de péritonite.

Pour résumer les particularités qu'ont présentées ces quatre cas où la splénectomie n'a pu sauver les blessés, nous dirons que la mort a été due une fois à l'anémie hémorrhagique et un peu au shock, une fois à l'anémie hémorrhagique entretenue par une lésion du rein et de la vessie passée inaperçue, une fois à la péritonite. Dans un dernier cas la cause de la mort est restée inconnue.

B. — GUÉRISONS (8). — Dans tous les cas suivis de guérison, et sur lesquels nous possédons des renseignements suffisants, la splénectomie fut pratiquée moins de 24 heures après l'accident, sauf dans un cas où elle ne fut faite qu'au bout de cinq jours.

C'est toujours pour des symptômes d'hémorrhagie abdominale, parfois très marqués, que le chirurgien eut à intervenir. Dans un cas (obs. 15) le malade était dans un demi-collapsus.

L'ablation de la rate fut facile. Dans un des cas (obs. 17) on pratiqua, en outre, l'extirpation d'un rein blessé et la suture du diaphragme déchiré.

Nous n'insisterons pas sur les suites immédiates de l'opération, car nous avons déjà vu (paragraphe 3 du chapitre II) les troubles de leucocytose ou de pseudo-leucémie qui survinrent dans cinq cas sur six et qui disparurent rapidement. 32 jours après l'opération, se déclara

chez le malade de Sodo (obs. 17) une occlusion intestinale due à des adhérences, que l'opération put détruire. Chez celui de Riegner (obs. 13) une gangrène de la jambe consécutive à une thrombose de la veine tibiale postérieure apparut un mois après l'intervention et nécessita une désarticulation du genou. Cette complication semble, du reste, avoir été indépendante de l'opération.

La santé des opérés était excellente dans les trois cas où l'on put les revoir plusieurs mois après l'intervention. Dans l'un d'eux cependant (obs. 13) une légère leucocytose (un G. B. sur 180 G. R.) persistait au bout de sept mois.

Valeur de la splénectomie. — Des quelques observations que nous venons de passer en revue, nous pouvons déduire quelques conclusions sur la valeur de l'ablation de la rate dans les plaies et les ruptures de cet organe.

Cette opération est habituellement facile. La rate saine antérieurement, ne présentant pas d'adhérences et n'étant pas hypertrophiée, est aisément extirpée après ligature de son pédicule. Parfois, en raison de lésions antérieures (splénomégalie paludique ou autre), la splénectomie est rendue plus ardue et parfois impossible, non pas tant par le volume de l'organe que par l'étendue et la résistance des adhérences qui le retiennent. Cette difficulté sera donc à prévoir dans les cas assez fréquents, mais dans lesquels on a jusqu'ici eu rarement l'occasion d'intervenir, où il existait une lésion de la rate, antérieure à l'accident. Aussi Vincent considère-t-il que les cas qui ressortissent à la splénectomie sont surtout ceux de rupture traumatique produite sur un organe sain et de volume normal (1).

L'importance et la complexité de la blessure de la rate, même dans les cas de rupture totale, ne constituent pas des sources de difficultés opératoires. La splénectomie est pratiquée aussi aisément dans les cas les plus graves que dans les cas les plus bénins. C'est un avantage incontestable qu'elle présente sur d'autres procédés d'hémostase que nous aurons à passer en revue.

Au point de vue de l'arrêt de l'hémorrhagie, la splénectomie supprime la source de l'écoulement sanguin et constitue donc une opération radicale et sûre.

(1) VINCENT. *Loco cit.*, p. 586.

Les résultats sont très encourageants ; mais ils dépendent de l'état du blessé au moment de l'opération. On n'est en droit d'attendre de la splénectomie que ce qu'elle peut donner, à savoir l'arrêt de l'hémorragie. Si l'état d'anémie ou de shock est trop considérable au moment de l'intervention, la suppression de la cause de cette situation misérable ne suffit pas toujours à la relever, d'autant plus que, malgré la facilité et la rapidité ordinaire d'exécution, la splénectomie constitue une opération importante, qui contribue pour sa part à affaiblir le malade.

On joindra à l'intervention opératoire l'emploi des stimulants divers, les injections de sérum sous-cutanées et intra-veineuses.

D'après l'étude des faits, on peut espérer que les résultats de la splénectomie pour lésion traumatique s'amélioreront à mesure que l'on interviendra d'une façon plus précoce dans les cas de plaie et de contusion abdominales. Il y en aura, du reste, qui échapperont toujours à toute intervention : ce sont ceux où l'importance des lésions spléniques ne permettra qu'une survie insignifiante.

Des autres procédés de traitement des plaies et ruptures de la rate. — La THERMO-CAUTÉRISATION, employée comme moyen d'hémostase, ne convient qu'aux cas de plaies insignifiantes.

Le TAMPONNEMENT peut suffire pour arrêter une hémorragie splénique peu abondante. Il a donné un succès à Pierson, qui renonça à pratiquer l'ablation de la rate en raison de la profondeur à laquelle se trouvait cet organe (1). Il en fut de même dans un cas de Vincent où il s'agissait d'une déchirure opératoire de la rate, qui saignait peu (obs. 292).

LIGATURE. — Si l'on aperçoit un vaisseau sectionné et saignant, il est en général facile de le saisir à l'aide d'une pince et de le lier ; mais ce pincement n'est pas toujours aussi aisé qu'on pourrait le croire a priori.

SUTURE. — Si l'hémorragie se fait en nappe, ce qui est la règle, on peut avoir recours aux sutures. Leur inconvénient est le même que pour le foie. Le tissu de la rate, en effet, comme celui de la glande hépatique, se laisse facilement sectionner et déchirer par les

(1) PIERSON (Samuel). Rupture traumatique de la rate, opération (tamponnement), guérison. *N.-York med. J.*, 22 août 1896, p. 271.

fil de suture. Il est, du reste, possible, comme le fait remarquer Vincent, que les sutures tiennent mieux sur des rates scléreuses, surtout sur celles dont la capsule, épaissie par de la périsplénite, offre une résistance suffisante.

Pour éviter cette déchirure on a proposé de n'employer que des gros fils, de se servir d'aiguilles mousses, de passer les fils profondément et de les serrer peu. Cette méthode n'en reste pas moins d'une application délicate.

Dans un cas de ce genre, où il s'agissait de la rupture spontanée d'une rate paludique, Vincent dut renoncer à suturer la rate trop friable et se contenter de tamponner la plaie. Son malade guérit (1).

Il est aussi des cas, analogues à celui de M. Ricard (obs. inédite, voir p. 33), où la rate est véritablement broyée, et où l'on ne peut songer à intervenir que par la splénectomie.

Malgré ces inconvénients, la méthode des sutures est bonne dans certains cas, et elle a donné un succès à Mac Lane Tiffany (2).

LIGATURE DES VAISSEAUX SPLÉNIQUES. — Le but de cette méthode est d'arrêter le cours du sang dans la rate.

Il s'agit d'une opération généralement simple et facile ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Dans le seul cas, celui de Battle (obs. 281), où l'on pratiqua cette ligature pour une rupture de la rate, on rencontra des difficultés assez considérables dues aux adhérences qui retenaient cet organe et empêchèrent de l'attirer au dehors. On put cependant, à l'aide d'une contre-incision latérale, parvenir à passer une aiguille munie d'un fil autour des vaisseaux spléniques ; l'un d'eux échappa à la ligature.

La difficulté de la ligature des vaisseaux spléniques fut assez considérable pour constituer une véritable impossibilité dans un cas très intéressant qu'a bien voulu nous communiquer M. le Dr Campenon. Il s'agissait d'une hémorrhagie produite dans un kyste de la rate. M. Campenon pratiqua la laparotomie dans le but de lier les vaisseaux spléniques. Il se trouva en face d'un kyste ayant dédoublé le ligament gastro-splénique et s'étant accolé à l'estomac. Le pédicule de la rate n'existant plus, il dut renoncer à lier les vaisseaux qui

(1) VINCENT. *Loco cit.*, p. 461. — BRANDSTETTER. *Loco cit.*, obs. II, p. 54.

(2) TIFFANY (MAC LANE). — Plaie par arme à feu de la rate et du rein, laparotomie, hémostase par sutures profondes. *Med. News*, 17 nov. 1894, p. 546.

pénétraient irrégulièrement dans la tumeur et dont quelques-uns auraient sûrement échappé à la ligature. Il dut se contenter d'inciser et de tamponner la cavité kystique, et ne put sauver son malade.

Lorsqu'elle est praticable, la ligature des vaisseaux constitue un bon procédé d'hémostase. C'est ainsi que dans le cas de Battle, que nous avons cité plus haut, l'arrêt de l'hémorrhagie fut immédiat après cette ligature, qui avait cependant respecté une branche de l'artère splénique ; mais l'absence d'anastomoses artérielles intra-spléniques explique que l'écoulement de sang ne se soit pas reproduit.

Nous aurons, en étudiant les effets de la ligature des vaisseaux spléniques sur les tumeurs de la rate, à insister sur un accident, le sphacèle de l'organe privé de circulation, qu'on voit parfois survenir après cette intervention. C'est un fait qui a une importance incontestable et qui est considéré par certains auteurs comme contre-indiquant la ligature des vaisseaux liénaux. Cependant la nécessité où l'on se trouve d'arrêter une hémorrhagie grave ne laisse pas toujours le choix des moyens ; et il peut arriver que la splénectomie étant impossible, seule cette ligature puisse sauver le malade. Dans ces circonstances on ne doit pas hésiter à la pratiquer. Et comme il s'agit de rates adhérentes, on peut espérer que les vaisseaux renfermés dans les adhérences suffiront à assurer la nutrition de l'organe.

Peut-être, du reste, suffira-t-il de lier un ou deux vaisseaux, correspondant au territoire splénique lésé pour obtenir l'arrêt de l'hémorrhagie. Les expériences que nous avons entreprises sur les chiens nous ont montré la ressource importante que constituait cette ligature partielle.

Comme nous l'avons dit, l'absence d'anastomoses entre les gros troncs de division de l'artère splénique devait a priori faire espérer ce résultat.

Conclusions. — En présence d'une rate blessée ou rompue, qui saigne ou qui malgré une hémostase spontanée pourrait saigner d'une façon grave, lequel de ces différents modes de traitement devons-nous mettre en pratique ?

Si la solution de continuité est insignifiante, on se contentera, après ou sans cautérisation de la plaie, de la tamponner.

Si elle est plus considérable on pourra essayer les sutures ; mais

la splénectomie trouvera déjà son indication dans ces circonstances.

S'il s'agit d'une déchirure importante, si la rupture est totale ou si la rate est broyée, on pratiquera d'emblée la splénectomie dont nous avons vu la simplicité et l'efficacité dans les cas les plus graves. Nous ne voyons pas quel avantage présenterait dans ces conditions la ligature des vaisseaux spléniques, dont nous connaissons, au contraire, les inconvénients.

Suivant Mott (1), la splénectomie serait préférable aux sutures et au tamponnement par ce fait que les contractions rythmiques de la rate prédisposent à l'hémorrhagie quand on emploie ces deux derniers procédés.

Dans les cas où, en raison d'adhérences nombreuses et solides, dues à une lésion antérieure de la rate, on craindrait que la splénectomie devienne dangereuse, il faudrait savoir y renoncer et recourir soit aux sutures profondes de l'organe, soit à la ligature des vaisseaux spléniques. Malheureusement toute intervention est rendue difficile dans les cas de ce genre. La ligature semble cependant devoir être alors tentée. Il sera parfois suffisant, comme nous l'avons vu, de lier un ou deux vaisseaux du pédicule pour se rendre maître de l'hémorrhagie.

En somme, la splénectomie constitue l'opération de choix dans les plaies et ruptures de la rate, sauf dans les cas de lésions minimales. Elle est surtout indiquée dans les cas de rates antérieurement saines.

§ 2. — **Hernies de la rate** (2).

Historique. — C'est, comme nous l'avons vu, pour des hernies de la rate que la splénectomie, partielle ou totale, a été pratiquée d'abord. On comprend, en effet, qu'en présence de la hernie accidentelle d'une masse dont ils ont souvent ignoré la nature, quelques chirurgiens, « même de peu de valeur », aient songé à la réséquer, surtout quand, après plusieurs jours, l'organe prolapsé avait subi un commencement de sphacèle qui devait aboutir à son élimination spontanée.

(1) MOTT. *Loco cit.*

(2) Nous n'étudierons ici que les hernies compliquées de l'issue partielle ou totale de la rate à travers une plaie faite aux parois de l'abdomen. Les hernies simples offrent peu d'intérêt; elles sont rares en raison du siège et du volume de l'organe et succèdent à l'affaiblissement de la paroi abdominale sous l'influence de causes analogues à celles que produisent les hernies ventrales.

C'est dans Franz Roussel (1581) que nous trouvons la mention des deux premières opérations de ce genre faites par Viard.

L'exemple de Viard fut suivi par Dotreng Tubbeville (1673), Mathias (1678), et bien d'autres (1), qui enlevèrent tantôt la rate entière, tantôt la portion herniée.

Péan et Magdelain avaient pu réunir en 1867 8 cas de hernie de la rate traités par la splénectomie (2).

Dans un travail plus récent, M. Péan en rapportait 10 cas (3).

En 1883, M. Blum avait pu réunir 16 observations (4).

Le relevé de Gilson porte sur 18 cas (5) ; celui d'Adelmann sur 25 cas avec 25 guérisons (6).

Aux 25 cas, cités par Adelmann, nous avons pu joindre 4 autres cas, dont 2 récents.

Malgré ce chiffre, qui, à première vue, semble assez considérable, la splénectomie pour hernie de la rate n'a été pratiquée que rarement, puisque ces 29 interventions ont été faites dans une période de plus de 300 ans. Parmi elles 6 seulement sont de date récente (25 dernières années).

Examen et critique des observations de splénectomie — L'époque où ont été recueillies la plupart de ces observations leur enlève une grande partie de leur intérêt, en raison des changements profonds qui ont été apportés dans l'acte opératoire par la chirurgie moderne et qui nous empêchent de juger une intervention d'après les résultats qu'elle donnait il y a une cinquantaine d'années. Cependant il n'est pas inutile de chercher à tirer quelque enseignement de ces faits anciens.

Ce qui frappe d'abord, ce sont les résultats constamment heureux notés dans tous les cas ; si bien qu'on ne peut empêcher de s'étonner,

(1) Voir MORRIS. *Syst. of surg.*, vol. V ; injuries of abdomen.

(2) PÉAN (J.) et MAGDELAIN. *Union méd.*, 1867, p. 340. — MAGDELAIN. *Les kystes séreux et acéphalocystiques de la rate*. Thèse Paris, 1868.

(3) PÉAN (J.). *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*, Paris, 1880, p. 1028.

(4) BLUM (A.). Extirpation de la rate. Revue critique. *Arch. gén. de méd.*, 1883, I, p. 725.

(5) GILSON. De la splénotomie. *Revue de chir.*, Paris, 1885, p. 319.

(6) ADELMANN. *Loco cit.*

avec Gilson (1), de cette unanimité des succès dans la splénectomie et de penser qu'il y a eu des chirurgiens moins heureux et moins loyaux dont les opérations sont restées inconnues. Quoi qu'il en soit, ce fait prouve que, même pendant la période préantiséptique, la splénectomie faite pour hernie de la rate était une opération fréquemment suivie de résultats heureux. Nous devons dès maintenant en tirer des conclusions favorables à cette intervention pratiquée avec les ressources de la chirurgie actuelle.

Le manuel opératoire a varié suivant les cas. On remarquera d'abord que, soit que le chirurgien n'ait été appelé que plusieurs jours après l'accident, soit qu'il ait préféré attendre un certain temps pour intervenir, c'est souvent plusieurs jours après la date de production de la hernie que la splénectomie fut pratiquée. Dans les observations où ce point est noté, nous voyons que c'est au bout d'un jour (deux fois), deux jours, trois jours (quatre fois), quatre jours, huit jours, quelques jours, vingt-cinq jours qu'on opéra.

Plusieurs fois on tenta d'abord la réduction ; et ce n'est qu'après l'échec de ces tentatives qu'on se décida à extirper la masse herniée.

L'incision porta tantôt sur la totalité de la rate, tantôt sur la portion prolabée. C'est l'impossibilité d'attirer l'organe en dehors du ventre qui força Schulz à ne faire qu'une splénectomie partielle (obs. 39).

Toujours précédée par l'application d'une ligature sur la base de la partie herniée ou sur le pédicule de la rate, cette excision ne fut souvent faite que plusieurs jours après. A plusieurs reprises, le chirurgien semble avoir attendu la chute spontanée de la masse et avoir évité de l'enlever, remplaçant au besoin, au bout de quelques jours, une deuxième ligature pour hâter la chute de l'organe (obs. 47).

Harold Brown (obs. 48) fut beaucoup plus hardi. Il n'hésita pas, en présence d'une hernie de la rate datant de 25 jours, à pratiquer une véritable laparotomie qui le conduisit sur le pédicule splénique. Après l'avoir lié et sectionné, il libéra les adhérences qui retenaient la rate et put l'extraire complètement. Son malade guérit. Il est vrai que Brown opérait en 1897.

La rate ayant été enlevée ou s'étant éliminée spontanément, la plaie se cicatrisa par seconde intention dans la plupart des cas. On nota à

(1) GILSON. *Loco cit.*, p. 317.

plusieurs reprises des phénomènes fébriles et un léger retentissement péritonéal. Ce fait était inévitable en raison de l'absence de précautions antiseptiques prises pendant et avant l'opération. Cependant il est noté dans quelques observations que la plaie fut fermée à l'aide de sutures et guérit rapidement.

Dans quelques cas, en particulier dans ceux d'Alston (obs. 40) et de Mackham (obs. 45), la rate semble avoir été le siège des plaies. Malheureusement nous ignorons si ces plaies étaient importantes ou si elles étaient insignifiantes et secondaires à la production de la hernie.

La guérison paraît avoir été toujours complète. Sauf chez le malade de Schulz (obs. 39) qui présenta une hypertrophie notable des ganglions axillaires gauches, l'ablation de la rate ne détermina aucun trouble immédiat ou médiat.

De la conduite à tenir en présence d'une rate herniée. — Deux cas peuvent se présenter : le chirurgien est appelé quelques heures ou seulement quelques jours après l'accident.

Trois moyens sont à sa disposition : la réduction de l'organe dans le ventre, l'abstention, la splénectomie totale ou partielle.

A. — RÉDUCTION DE LA RATE. — Ce procédé, inspiré par l'idée louable de conserver un organe dont l'utilité, quelle qu'elle soit, semble réelle, consiste à réduire la rate en sa place normale. Plusieurs fois cette tentative aboutit à un échec (1).

Si cependant on ne considère que les cas récents, dans lesquels des adhérences solides n'ont pu encore se produire entre la rate et la paroi abdominale et où la rate n'est maintenue hors de l'abdomen que par les lèvres des parties molles qui l'entourent, il est évident qu'on pourra toujours réussir à réduire l'organe hernié pourvu qu'on débride l'anneau d'étranglement. C'est, en effet, un véritable étranglement que subit la rate de la part des lèvres de la plaie abdominale, et qui serait dû, suivant Magdelain, à ce que la contraction du diaphragme, au

(1) D'après M. Quénu (*Traité de Chir. de Duplay et Reclus*, t. VII, p. 190, art. Hernies de la rate), les tentatives de réduction ne réussirent que dans des cas rares. OKS (*Saint Petersburg. med. Wooh.*, 1876), réussit à l'obtenir et son intervention fut suivie de succès. EULENBERG (*Brit. med. J.*, 1881) y parvint aussi, mais une hémorragie survint après la réduction.

moment de l'accident, contribuerait à produire la procidence de la rate à travers une plaie relativement étroite.

Quels sont les accidents qui peuvent succéder à cette réduction ?

Il ne faut pas compter comme danger possible l'hémorrhagie qui peut survenir, comme dans le cas d'Eulenberg, quand on a réduit une rate présentant une blessure. Il est de la plus élémentaire prudence de bien examiner l'organe au prix de débridements importants, s'il le faut, avant de le réintégrer en sa place.

Le danger véritable consiste à réduire dans la cavité péritonéale une rate, qui s'est nécessairement infectée pendant le temps qu'elle a passé hors de l'abdomen. Dans certains cas la souillure trop considérable de l'organe doit faire rejeter formellement la réduction. Dans d'autres, aura-t-on le droit, même après une désinfection soignée de la rate ectopiée, de la réintégrer dans le péritoine ? En nous reportant à ce que nous savons sur la facilité de l'infection du péritoine et nous rappelant que la perte de la fonction splénique ne présente aucun inconvénient sérieux, nous croyons, sans pouvoir baser notre opinion sur des faits, qu'en présence d'un cas de ce genre il vaut mieux s'abstenir de toute tentative de réduction.

Avant de se prononcer sur la conservation ou le sacrifice de l'organe hernié, il faut s'être assuré de sa nature exacte. Cette remarque, qui peut paraître enfantine, nous est inspirée par les faits dans lesquels on a hésité entre la rate et une portion du foie prolabée (obs. 48).

B. — ABSTENTION. — L'abstention pure consiste à attendre que la rate, exposée à l'extérieur de l'abdomen et privée d'une grande partie de ses moyens de nutrition, se sphacète et tombe. Celle-ci se refroidit, devient insensible et friable, noircit et se gangrène.

Cette méthode atteint toujours le but qu'elle recherche, c'est-à-dire l'élimination de l'organe hernié. Elle n'est cependant pas sans inconvénients. Elle présente d'abord celui d'être essentiellement lente. Elle peut ensuite être dangereuse par la longue suppuration qu'elle détermine et par les phénomènes d'infection générale qui l'accompagnent. C'est qu'en effet la rate ne se mortifie parfois que secondairement ; elle s'enflamme, suppure et s'élimine avec un cortège de phénomènes locaux et généraux en rapport avec l'état de sepsie de la plaie.

C. — SPLENECTOMIE. — Les résultats que donnent cette opération seraient parfaits, si l'on s'en tenait aux observations, qui, comme

nous l'avons vu, ne notent que des guérisons. Nous croyons qu'il doit en être ainsi si l'on se met à l'abri de l'infection du péritoine et de l'hémorrhagie.

Entre la splénectomie totale et la splénectomie partielle, il faut donner la préférence à la première dans les cas récents. Si, en effet, on se décide à n'enlever que la portion de la rate herniée, on est forcé d'assurer l'hémostase à l'aide d'un fil placé sur le tissu splénique lui-même, dont nous connaissons la friabilité. A cette période où les adhérences qui retiennent la rate sont encore nulles ou insignifiantes, il est plus sûr de pratiquer son extirpation totale. On placera donc la ligature, ordinairement double et entrecroisée ou même en chaîne, au niveau du pédicule splénique. Si l'on éprouvait quelque difficulté dans ce temps opératoire, il suffirait de débrider les lèvres de la boutonnière formée par les parties molles qui entourent le pédicule ou la rate elle-même.

Il sera ordinairement prudent de fixer le moignon pédiculaire au niveau de la plaie abdominale. Cette précaution aura pour but d'empêcher l'infection du péritoine par ce pédicule dont nous ignorons l'état d'asepsie ou de sepsie.

Ce n'est qu'exceptionnellement, en raison de l'état trop précaire du malade, qu'il faudra renoncer à la splénectomie totale et se contenter d'enlever la portion prolabée.

Lorsque la hernie date de plusieurs jours, le problème est plus simple. On se contentera de réséquer à l'aide du couteau thermique la partie herniée. Ce n'est que dans des cas rares, croyons-nous, qu'on sera autorisé à suivre l'exemple de Brown et à pratiquer une véritable laparotomie pour aller lier le pédicule de la rate et détacher les adhérences périspléniques. Ici, en effet, l'état de sepsie certaine de la rate doit rendre le chirurgien sobre de toute intervention importante, en particulier sur le péritoine.

CHAPITRE III

De la splénectomie dans les abcès spléniques et péricapsulaires.

§ 1. — **Abcès péricapsulaires.**

Quelle que soit l'origine de ces abcès, qu'ils proviennent d'une infection splénique ou plus rarement d'une infection générale, un seul traitement leur convient : c'est une incision suffisante pour permettre l'évacuation complète du pus et un large drainage.

Cependant, avant d'introduire les drains dans la poche, il est bon de l'explorer prudemment à l'aide du doigt. Le plus souvent on ne reconnaîtra pas la rate ; parfois néanmoins on la sentira, faisant corps avec la paroi de l'abcès. Dans ces conditions, et bien que cet organe soit probablement le point de départ de l'affection, on devra le respecter, car les tentatives d'extirpation seraient pénibles et dangereuses.

Bland Sutton (obs. 51) eut récemment l'occasion d'enlever une rate qui formait la paroi d'un abcès développé en dehors d'elle et secondaire à une cellulite pelvienne ; mais cette splénectomie fut faite en quelque sorte par surprise. Voulant, en effet, se rendre compte des connexions d'un abcès profond de la région lombaire qu'il venait d'inciser, Sutton déchira un organe situé profondément. Croyant qu'il s'agissait d'une pyonéphrose, il amena entre les bords de la plaie la portion inférieure de cette masse et s'aperçut qu'il s'agissait de la rate. La résection, après ligature, de cette portion énucléée ayant été insuffisante pour arrêter l'hémorrhagie, il dut se résoudre à pratiquer la splénectomie totale.

C'est en somme dans des cas rares que, sentant la rate libre dans la cavité de l'abcès, le chirurgien se trouvera amené à l'extirper. Seul, Myers eut l'occasion d'agir ainsi, et son malade guérit (obs. 50). La splénectomie ne doit être faite dans ces circonstances que si elle

n'expose aucunement à la déchirure des adhérences protectrices qui limitent l'abcès.

S'il arrive, comme dans le cas de Ferrerius (obs. 49), que, quelque temps après l'ouverture de cet abcès, la rate vienne se présenter entre les lèvres de la plaie, il sera tout indiqué de tenter son ablation, en prenant les précautions nécessaires pour ne pas déchirer des adhérences qui entourent le foyer.

§ 2. — **Abcès spléniques** (1).

Il est ordinairement possible de reconnaître l'existence d'un abcès splénique grâce aux antécédents du malade, aux phénomènes douloureux localisés dans la région de la rate, à l'augmentation de l'organe et aux phénomènes généraux de toute infection.

Parfois l'abcès splénique constitue une trouvaille nécropsique ou opératoire. Il en fut ainsi dans le cas de M. Richelot (obs. 52, inédite), qui avait cru intervenir pour une hypertrophie splénique simple. Dans ces cas on se décide à pratiquer d'emblée la splénectomie parce qu'on ne songe pas à l'existence d'un abcès.

Il n'en est pas de même quand on sait que la rate renferme du pus. On peut alors ouvrir simplement l'abcès ou enlever la rate (2).

a) **INCISION SIMPLE.** — L'incision de l'abcès a été faite un assez grand nombre de fois. Simple quand la rate est adhérente à la paroi abdominale ou quand il existe en même temps une périsplénite suppurée, elle nécessite, si la rate est libre d'adhérences, des précautions minutieuses pour éviter l'infection du péritoine par le pus.

Nous n'avons pas à insister sur le manuel opératoire de cette intervention, qui est analogue à celui de l'ouverture des abcès ou des kystes hydatiques du foie.

(1) Le traitement des abcès de la rate étant identique à celui des kystes suppurés de cet organe, nous serons brefs sur ce sujet que nous aurons à étudier en détail au chapitre suivant.

(2) Nous n'insisterons pas sur la ponction simple, qui, bien qu'elle ait donné un succès à SINGH (Vaste abcès de la rate, ponction, guérison. *Indian med. gaz.*, Calcutta, 1891, XXVI, 242), ne peut être mise en parallèle avec les autres modes de traitement.

L'incision simple a donné d'excellents résultats à Black (1), Caton et Harrison (2), Chowdhoory (3), Collier (4), Cramer (5), Howe (6), Krieger (7), Lauenstein (8), Ch. Monod (9), Nolen (10), Reyssset (11), Silberstein (12), Wallace (13).

Excellente dans la plupart des cas, l'incision peut présenter cependant des inconvénients ou des dangers. C'est d'abord la possibilité de l'infection du péritoine par le pus de l'abcès, en l'absence d'adhéren-

(1) BLACK. Abcès de la rate guéri par l'incision et le drainage. *British med. J.*, 17 oct. 1896.

(2) CATON et REG. HARRISON. Abcès de la rate, ouverture et drainage. *British med. J.*, 1888, t. I, p. 586.

(3) CHOWDHOORY. Abcès de la rate ouvert dans le poumon et guéri par l'opération. *Idem*, 1887, t. II, p. 1047.

(4) COLLIER (J.). Abcès de la rate. *Lancet*, 1895, t. II, p. 1297.

(5) CRAMER (K.). Un cas de chirurgie de la rate (abcès splénique et péricapsulaire). *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1896, XLII, p. 597; in *Presse méd.*, 1896, p. 242.

(6) HOWE. Abcès de la rate. *Med. News*, 7 oct. 1893, p. 405. — Il existait de la péricapsulite suppurée. L'incision fut suivie d'une amélioration; mais la guérison ne se produisit qu'un an après, à la suite d'une vomique.

(7) KRIEGER (G.). Guérison d'un abcès de la rate. *Deuts. med. Woch.*, 1888, n° 39, p. 793; in *Revue des sciences méd.*, t. XXXIV, p. 256. — La rate était dépourvue d'adhérences.

(8) LAUENSTEIN. Abcès de la rate opéré et guéri. *Deut. med. Woch.*, 1887, n° 51, p. 1098. — Après une ponction exploratrice faite dans le huitième espace intercostal, on réséqua la neuvième côte et on incisa la rate au thermo-cautère. La guérison fut obtenue en six semaines.

(9) MONOD (CH.). Volumineux abcès stérile de la rate, splénotomie, guérison. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1892, XVIII, p. 668. — Notre maître, M. Ch. Monod, a bien voulu nous communiquer quelques renseignements complémentaires sur ce cas. Deux mois après l'opération, la malade était assez bien remise pour être opérée de son prolapsus utérin (24 déc. 1892). La fistule persistait cependant au moment de sa sortie de l'hôpital et encore à son retour en avril 1894. A cette époque, elle revint dans le service et y mourut de pneumonie du sommet, probablement tuberculeuse. L'autopsie ne put être pratiquée. — La stérilité du pus splénique et le mode de mort ne sont-ils pas en faveur d'un abcès tuberculeux de la rate?

(10) NOLEN. Abcès de la rate. *Weekblad von het ned. Tydschr. voor Geneesk.*, 10 mars 1894; in *Revue des sciences méd.*, t. XLIV, p. 657.

(11) REYSSET. *Des abcès de la rate d'origine infectieuse, un cas de splénite dans la variole*. Thèse Bordeaux, 1894. — Une ponction suivie d'une injection de glycérine iodoformée n'ayant pas donné de résultats, on fit six jours plus tard l'incision de l'abcès. La guérison fut obtenue en un mois.

(12) SILBERSTEIN. Abcès de la rate à la suite de violents éternuements. *Wiener Press*, 1878, n° 44; in *Gaz. méd. de Paris*, 1879, p. 434.

(13) WALLACE. Abcès de la rate, incision et drainage; guérison. *Indian med. Gaz.* Calcutta, 1882, XVII, p. 52.

ces suffisantes, et malgré toutes les précautions que l'on prend. Bien qu'on n'ait jamais noté cette complication dans les observations que nous venons de citer, il est certain qu'elle peut se produire.

L'incision peut, d'autre part, être insuffisante. Les abcès spléniques se présentent, en effet, sous trois formes :

1° Infiltration diffuse du parenchyme, qui est réduit en une bouillie spléno-sanguino-purulente (gangrène splénique de Cornil et Ranvier) ;

2° Abcès limité, parfois très volumineux ;

3° Abcès métastatiques, ordinairement multiples.

On comprend que c'est seulement dans la seconde et quelquefois dans la troisième variété, que l'incision donnera des résultats satisfaisants.

b) SPLÉNECTOMIE. — La splénectomie pour suppuration de la rate a été faite quatre fois et a donné trois succès et une mort.

L'opération ne présenta rien de spécial. Elle fut facile en l'absence d'adhérences (obs. 53), et peu compliquée dans les trois cas où celles-ci existaient (obs. 52, 54, 55).

La guérison se produisit simplement, sauf dans le cas de Murphy (obs. 54) où elle fut retardée par l'éclosion d'une pneumonie.

Quant à la mort du malade de M. Richelot (obs. 52), elle fut probablement due à l'infection du péritoine par l'écoulement de sang splénique dans l'abdomen au moment de la section du pédicule. Ce sang, provenant d'une rate transformée en une éponge purulente, devait posséder un pouvoir septique considérable.

La splénectomie constitue le traitement de choix de l'abcès splénique, puisqu'elle supprime complètement l'organe où siège l'abcès et qu'elle évite une suppuration prolongée. Cependant, en raison de la présence d'un liquide souvent septique à l'intérieur de la rate, elle nécessite certaines précautions. Il faut éviter la déchirure de l'organe, qui pourrait être cause de l'issue du liquide dans la cavité péritonéale. Il faut, d'autre part, au moment de la section du pédicule, éviter le même accident. Pour atteindre ce but, on coupera le pédicule entre deux rangées de pinces-clamps, on épongera avec soin la tranche d'incision, et on cautérisera le moignon pédiculaire.

Quels que soient les avantages que présente la splénectomie, il faut

reconnaître qu'elle est rarement indiquée. C'est que ces avantages se trouvent notablement compensés par certains inconvénients et dangers.

S'il existe des adhérences assez considérables pour rendre l'opération pénible, exposer à la déchirure de la rate, il faut, à l'exemple de notre maître, M. Monod (1), renoncer à extirper l'organe et préférer à une opération brillante et complète une intervention moins complète et peut être moins satisfaisante, mais moins dangereuse en tout cas et susceptible de donner malgré tout d'excellents résultats.

Si la rate est libre ou à peu près dépourvu d'adhérences, il est au contraire tout indiqué de pratiquer avec les précautions que nous avons exposées, l'ablation complète de l'organe.

(1) MONOD (CH.). *Loco cit.*

CHAPITRE IV.

Des divers traitements des kystes de la rate.

On peut observer au niveau de la rate des kystes hydatiques et des kystes dits simples ou séro-sanguins. Bien que ces deux sortes de productions se différencient nettement par leurs caractères anatomo-pathologiques et leur mode de développement (bien mal connu, du reste, pour les kystes simples qu'on a attribués au traumatisme (1), à la transformation d'angiomes spléniques (2) ou de kystes hydatiques), nous les étudierons ensemble, car elles relèvent toutes deux d'une même thérapeutique.

Pour justifier le principe de l'intervention dans les kystes spléniques, nous rappellerons qu'exceptionnels et trop douteux sont les cas de guérison spontanée. Leur caractère est de s'accroître progressivement, tantôt lentement, tantôt rapidement, et de déterminer, quand ils ont acquis un certain volume, des troubles de compression souvent graves sur les organes abdominaux.

L'allure longtemps bénigne de l'affection n'est pas une contre-indication à l'intervention, car tôt ou tard la mort survient du fait de la tumeur splénique.

L'indication opératoire peut, d'ailleurs, devenir plus pressante en raison des douleurs, de la dyspnée, des troubles gastriques ou encore des troubles d'infection générale dus à la transformation purulente du liquide kystique.

Rappelons que le kyste peut être le point de départ de poussées de péritonite qui, bien que se terminant ordinairement par la guérison,

(1) TERRIER (F.). Kyste séro-sanguin de la rate. *Bull. Soc. de Chir.*, Paris, 2 nov. 1892, p. 661.

(2) PILLIET. Sur la transformation des angiomes de la rate en kystes hématiques. *Bull. de la Soc. de Biol.*, Paris, 26 nov. 1892, p. 905-

laissent parfois après elles des adhérences péri-kystiques plus ou moins étendues. Le kyste peut aussi se rompre dans la cavité péritonéale ou s'ouvrir dans l'intestin, la plèvre ou le poumon.

La difficulté fréquente du diagnostic de ces kystes constitue un sérieux inconvénient pour leur traitement. Il n'existe pas de signe précis permettant d'affirmer leur existence ; trop souvent on hésite sur le siège et la nature exacte de la tuméfaction ou même on commet une erreur de diagnostic dont on ne s'aperçoit qu'au moment de l'opération ou à l'autopsie.

Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet d'établir les signes différentiels qui permettent de supposer qu'on ait affaire à un kyste de la rate. Nous rappellerons seulement qu'on a confondu cette affection avec des lésions du foie, du rein, de l'ovaire, du mésentère, etc... Ou bien, on localise la tumeur dans la rate, mais on hésite sur sa nature, en l'absence d'une fluctuation bien nette. Il ne faut pas songer enfin à distinguer cliniquement un kyste hydatique d'un kyste simple ; la constatation du frémissement hydatique est trop rare pour que son absence ait aucune valeur négative. Seule la ponction pourrait éclairer le médecin sur la nature exacte de la tumeur. Nous verrons qu'il faut être sobre de ce moyen de diagnostic, dont les dangers sont réels.

En somme, le diagnostic de kyste splénique n'est en général qu'un diagnostic de probabilité, mais il est bon de remarquer que presque toutes, sinon toutes les affections, avec lesquelles cette lésion peut être confondue, relèvent de la laparotomie. Cette incertitude du diagnostic n'a donc ici qu'un inconvénient relatif et ne peut pas retentir d'une manière fâcheuse sur la thérapeutique. La plupart des chirurgiens sont actuellement d'accord sur le principe de la laparotomie exploratrice dans les cas où l'on a des doutes sur le siège et la nature d'une tuméfaction abdominale. Faite dans des conditions d'asepsie rigoureuse et menée rapidement, elle présente peu de gravité, et seule elle permet de savoir si la lésion doit être respectée ou enlevée, c'est-à-dire si l'intervention doit rester purement exploratrice ou curatrice.

Les méthodes employées dans le traitement des kystes de la rate peuvent être classées en cinq groupes : ponction simple, ponction avec

injection modificatrice, incision, extirpation du kyste, splénectomie (1).

Il nous a semblé utile d'étudier avec quelques détails les résultats donnés par chacun de ces procédés avant de rechercher quels sont ceux qu'on obtient par la splénectomie. Nous avons consigné dans un tableau placé à la fin de ce chapitre les divers cas de kyste splénique opérés par les différentes méthodes.

§ 1. — Ponction simple.

La ponction aspiratrice, surtout pratiquée à l'époque préantiseptique, n'est pas complètement délaissée de nos jours.

Elle n'a été employée à titre thérapeutique, que dans les cas de kyste hydatique.

Sur 31 cas dont nous connaissons les suites éloignées nous notons :

- 7 morts.
- 5 guérisons.
- 1 guérison incomplète.
- 1 amélioration.
- 17 récidives dans lesquelles on dut inciser secondairement le kyste.

D'après ce tableau ce ne serait donc que dans 18 p. 100 des cas qu'on pourrait espérer la guérison.

Quant à la mortalité, elle est plus considérable qu'on pourrait le croire en considérant simplement le chiffre de 7 morts sur 31 cas ; car, parmi les 17 cas qui ont nécessité l'incision ultérieure du kyste, quelques-uns ont eu une issue fatale, et la ponction doit prendre sa part de ces morts qu'elle a au moins préparées, sinon déterminées, comme ayant été le point de départ de la suppuration du kyste et des phénomènes d'infection générale ou comme cause de retard pour une intervention utile.

Ce simple aperçu n'est guère favorable à la ponction. L'examen plus détaillé des faits confirme cette première impression.

(1) Nous ne faisons que signaler l'électro-puncture, préconisée par Fagge et Duchamp qui, dans le cas où elle a été employée (obs. de Michon et Hemey), a abouti à un échec et a déterminé la suppuration du kyste.

Examinons d'abord les cas de guérison.

Dans celui de M. Bucquoy (1), le kyste, ponctionné une première fois, dut être ponctionné de nouveau cinq mois après. Au bout de six mois la guérison semblait se maintenir ; mais la rate était un peu grosse.

Dans le cas de L. Concetti (2), la guérison, obtenue après trois ponctions, semblait persister huit mois après ; mais la rate était aussi un peu augmentée de volume.

Dans ceux de Goluboff (3) et de Courtin (4), la guérison se maintenait deux mois et sept ans après.

Elle fut obtenue dans le cas de Leprévost (5) après une ponction blanche, suivie d'une violente réaction inflammatoire, qui fut, comme le pense avec raison M. Segond, le véritable agent de cette cure, bien plus que la soustraction de quelques grammes de liquide enlevés quelques jours auparavant par une ponction exploratrice (opinion de Leprévost). Ce mode de guérison, comme le fait remarquer M. Segond, est curieux, mais trop rare, et il serait imprudent de lui donner une valeur pratique.

Sans contester la réalité de ces cinq guérisons, il nous est permis de faire remarquer que dans deux cas la rate restait grosse plusieurs mois après l'intervention, et ce fait laisse planer un doute sur la certitude de la guérison. Un autre fait, rapporté par M. Delens (6), démontre combien il est difficile d'affirmer la guérison après la ponction. En 1874 on retire trois litres et demi de liquide et pendant cinq ans le malade se croit guéri ; puis la tumeur se reforme peu à peu. Une deuxième ponction est suivie de la reproduction du liquide kystique ; et en 1886 notre maître, M. Bouilly, devait pour obtenir la guérison, inciser la tumeur.

(1) BUCQUOY. Des kystes hydatiques de la rate. *France méd.*, 1878, p. 743.

(2) CONCETTI (LUIGI). Kyste hydatique de la rate. *Gior. internaz. d. sc. méd.*, Naples, 1880, t. II, p. 247.

(3) GOLUBOFF (N.). Kyste hydatique de la rate. *Med. Obozr.*, Mosk., 1885, XXIII, p. 779 ; *Deut. Arch. f. klin. med.*, Leipzig, 1886, XL, p. 117.

(4) COURTIN. Kyste hydatique de la rate, ponction, guérison. *Journal de méd. de Bordeaux*, 18 juin 1893, p. 285.

(5) LEPRÉVOST (F). I. Kyste hydatique de la rate, guéri à la suite d'une ponction capillaire, pratiquée avec la seringue de Pravaz. *Bul. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 3 avril 1889, t. XV, p. 279. Rapport de SEGOND. — II. Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate et du foie. *Normandie méd.*, Rouen, 1889, IV, p. 169.

(6) DELENS, BOUILLY. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1889. p. 305.

Le cas de M. Sevestre (1), que nous avons classé sous la dénomination défectueuse de guérison incomplète, concerne un kyste hydatique multiple de la rate. La ponction semble avoir amené la guérison d'une ou plusieurs de ces poches ; mais, soit que les récidives successives aient été dues à la reproduction du liquide dans une des poches ponctionnées, soit qu'elles aient pu être attribuées au développement d'un autre kyste, il n'en est pas moins certain que la lésion splénique ne fut pas et ne pouvait pas être guérie par la ponction. Comme le fait remarquer M. Sevestre, l'opération la plus rationnelle aurait été l'extirpation de la rate ; mais un chirurgien, consulté à ce sujet, trouva l'opération trop radicale et préféra s'abstenir.

Nous avons vu que les échecs étaient fréquents à la suite de la ponction. C'est là un fait qui ne doit pas nous étonner. Quand il s'agit d'un kyste hydatique, la ponction n'agit pas contre la cause productrice du liquide et doit donc nécessairement être suivie de récidive. Il n'y a là rien de particulier aux kystes hydatiques de la rate. La ponction donne de mauvais résultats dans tous les cas de tumeurs de cette nature, quel que soit leur siège, et c'est ainsi que sur 34 faits de kyste hydatique du foie traités par la ponction, qu'a pu réunir Harley (2), il y eut 11 guérisons, 13 échecs et 10 morts.

A cette inefficacité presque constante s'ajoutent de sérieux dangers. Sans insister sur ce point bien connu, nous rappellerons que les accidents consécutifs à cette opération, et qui sont dus à une intoxication par le liquide hydatique (3), ne sont pas constants, qu'ils ne sont en général que passagers et légers, caractérisés par une poussée d'urticaire avec ou sans fièvre, mais qu'ils peuvent devenir intenses (4), et déterminer la mort rapide, comme dans le cas rapporté récemment par M. Chauffard (5).

(1) SEVESTRE. Les kystes hydatiques de la rate. *Union méd.*, Paris, 1883, XXXV, p. 1109 ; et *Bul. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1886, p. 470.

(2) HARLEY. *Méd.-chir. transactions*, 1866.

(3) DEBOVE. De la pathogénie de l'intoxication hydatique. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 19 déc. 1887 ; et *Bul. de la Soc. méd. des hôp.* Paris, 9 mars 1888, p. 113. — CH. ACHARD. De l'intoxication hydatique. *Arch. gén. de méd.*, 1888, t. II, p. 410.

(4) THOMAS (J. D.) Symptômes alarmants de collapsus en cours d'une ponction exploratrice d'un kyste hydatique de la rate. *Austral. med. gaz.*, Sydney, 1886, VI, 215. — SCODA. Kyste hydatique de la rate. *Allegm. Wiener med. Zeitung.*, 1868.

(5) CHAUFFARD. Un cas de mort rapide après la ponction exploratrice d'un kyste hydatique du foie. *Semaine méd.*, 1896, p. 265.

La péritonite, qui a parfois éclaté à la suite de la ponction (1), est due soit à une insuffisance d'asepsie opératoire, soit au passage dans le péritoine de quelques gouttes de pus, provenant d'un kyste suppuré.

On n'a jamais, dans le cas de kyste de la rate, observé la pullulation consécutive des kystatides dans le péritoine, à la suite d'un épanchement de vésicules, comme on en a cité des cas à la suite de la ponction des kystes hydatiques du foie.

M. Besnier (2) a insisté sur les modifications que subit le tissu de la rate atteinte d'un kyste hydatique. La capsule a perdu sa résistance et son élasticité, ce qui non seulement facilite la rupture du kyste, mais encore favorise l'épanchement du liquide hydatique après la ponction. N'est-ce pas là une nouvelle raison pour éviter cette ponction ?

Peut-être semblera-t-il excessif d'insister sur la suppuration du kyste après la ponction. Cet accident, fréquent autrefois, s'observe encore à l'époque actuelle, ce qui tient évidemment à la facilité d'infection de cette tumeur. Sur 32 cas, ponctionnés une ou plusieurs fois, on a pu observer 17 fois la suppuration consécutive.

Il nous reste enfin à signaler l'hémorrhagie que peut déterminer une ponction, faite dans un but simplement explorateur, quand il ne s'agit pas d'un kyste, mais d'une tumeur solide qu'on avait trouvée fluctuante. Dans un cas que nous a communiqué M. Tuffier (obs. 204), la ponction exploratrice fut faite immédiatement avant la laparotomie et resta blanche. A l'ouverture du ventre, on constata l'existence d'une hémorrhagie intra-péritonéale, déjà abondante, qui s'était faite par l'orifice de ponction de la rate hypertrophiée.

De cette étude nous pouvons conclure avec Neisser (3), Mosler (4), Besnier (5), Trinkler (6), Cras (7), que la ponction simple

(1) GAILLET. *Bul. de la Soc. anat.* Paris, 1850, p. 519. — VELPEAU, in ROMBEAU. Kyste hydatique de la rate. *Idem*, 1854, p. 29.

(2) BESNIER. *Loco cit.*

(3) NEISSER (A.). *Die Echinococcenkrankheit*. Berlin, 1877.

(4) MOSLER (F.). *Kyste hydatique de la rate*. Monographie. Wiesbaden, 1884.

(5) BESNIER (E.). *Loco cit.*

(6) TRINKLER. Kyste hydatique solitaire de la rate. Son diagnostic et son traitement. *Chir. Vestnik*, St-Petersb., 1892, VIII, p. 47; et *Revue de chir.*, Paris, 1894, p. 105.

(7) CRAS (G.). *Étude sur les kystes hydatiques de la rate*. Thèse Bordeaux, nov. 1896.

des kystes hydatiques de la rate, employée tant au point de vue explorateur (1) que dans un but thérapeutique, est une opération parfois dangereuse et souvent inefficace.

Il semblerait absurde, écrivait Trinkler, de pratiquer une ponction dans un kyste de l'ovaire. En quoi donc un kyste abdominal diffère-t-il d'un kyste de l'ovaire, si ce n'est par son contenu ? Une raison de plus s'oppose à l'emploi de la ponction, c'est la possibilité de l'auto-infection (s'il s'agit d'un kyste hydatique) qui n'existe pas pour les autres tumeurs.

Avec M. Segond (2), nous dirons qu'il y a tout avantage, en pratique, à oublier les faits de guérison par ponction et même à les négliger de parti pris.

§ 2. — Ponction et injection modificatrice.

Cette seconde méthode présente sur la précédente un avantage certain, c'est sa plus grande *efficacité*. Elle a non seulement pour effet d'évacuer le liquide kystique, mais aussi d'agir sur sa cause productrice, grâce à l'injection d'un antiseptique qui tue les hydatides.

Nous n'avons pu réunir que trois cas de ce genre, tous terminés par la guérison. Scoda (3) et Schrotter (4) ont eu recours à une injection de teinture d'iode; notre maître, M. Bouilly (5), a employé le sublimé.

L'efficacité de cette méthode est donc certaine. Est-elle absolue ? On serait tenté de le croire si l'on ne considérait que les trois cas précédents. Les échecs qu'on a parfois observés à la suite de cette intervention pour les kystes hydatiques du foie nous forcent à être un peu moins affirmatif.

Les causes d'échec sont multiples : insuffisance du pouvoir antiseptique du liquide injecté, état de suppuration du kyste. Nous dirons

(1) On trouvera dans le travail de Trinkler (p. 134) une série de faits qui montrent les inconvénients et les dangers de la ponction exploratrice.

(2) SEGOND. *Loco cit.*

(3) SCODA. *Loco cit.*

(4) SCHROTTER. *Oest. med. Jahrb.*, XIX, p. 220. In TRINKLER, *Loco cit.*, p. 150.

(5) BOUILLY. Rapport sur une communication de MORDRET. Kyste hydatique de la rate, laparotomie, guérison. *Bull. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1892, p. 657.

même que pour nous la véritable cause des récidives, bien qu'elle n'ait pas été notée dans les cas de ponction pour les kystes de la rate, est l'existence de plusieurs poches dans le parenchyme splénique, c'est-à-dire l'existence d'un kyste multiloculaire.

Si la ponction, suivie d'injection modificatrice, est plus efficace que la ponction simple, elle n'en évite pas les dangers. On pourrait même l'accuser d'exposer à l'intoxication par l'antiseptique injecté; mais c'est là un accident qu'on peut éviter en ne faisant pénétrer dans la poche kystique que des doses non toxiques.

Nous nous contenterons de rappeler le procédé bâtard que constitue la ponction avec canule à demeure (1). Ce mode de traitement doit être absolument rejeté, car il possède tous les inconvénients de la ponction simple et de l'incision, sans en présenter les avantages.

§ 3. — **Incision.**

Notre but n'est pas d'étudier les diverses méthodes qui ont été proposées pour ouvrir les kystes spléniques. Ces procédés sont identiques à ceux qu'on emploie dans les cas de kyste du foie. Aux méthodes anciennes et lentes, dans lesquelles on assurait l'accollement préalable des feuillets péritonéaux par la ponction avec trocart à demeure (procédé de Simon) ou par des applications de caustiques (procédé de Récamier), on a substitué des interventions plus rapides, moins aveugles et plus chirurgicales, soit qu'après l'incision de toute l'épaisseur de la paroi abdominale on attende pendant quelques jours la formation d'adhérences pour ouvrir le kyste (procédé de Volkmann), soit qu'après l'avoir ponctionné et fixé aux lèvres de l'incision abdominale on l'incise aussitôt (procédé de Lindemann, Landau, Sängér).

(1) Cette ponction avec canule à demeure forme le premier temps de la méthode de Simon. Elle a pour but de déterminer entre la paroi abdominale et le kyste des adhérences qui faciliteront l'incision de la tumeur, que l'on pratique dans un second temps.

A. — **Examen et critique des observations d'incision.** — Cette intervention a été pratiquée 49 fois (1), avec 28 guérisons, 17 morts, 4 résultats douteux (2).

(1) Nous devons à l'obligeance de MM. Duguet et Poirier la communication de l'observation suivante, inédite.

Kyste hydatique de la rate. Ponction. Ouverture de la poche. Guérison après longue fistulisation.

Marie L..., 35 ans, entrée à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Duguet, le 7 novembre 1894. A l'âge de 11 ans, cette femme aurait présenté de l'albuminurie qu'on mit sur le compte d'une néphrite. D'après les renseignements qu'elle fournit, il est probable qu'il s'agissait d'une lithiase rénale dont les troubles ont, du reste, complètement disparu.

Il y a deux ou trois ans, la malade s'est aperçue de l'existence d'une tumeur dans le flanc et l'hypochondre gauches. La malade est adressée par M. le Dr Poirier en vue de préciser le diagnostic incertain de cette tumeur. Après examen prolongé, M. Duguet croit, en procédant par élimination, en raison des signes perçus, devoir se ranger à l'idée d'un kyste hydatique de la rate.

Le 27 novembre, M. Duguet pratique une ponction avec aspiration et retire 1,600 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche, contenant quelques crochets. La ponction était à peine commencée que l'on voyait survenir une éruption d'urticaire des plus nettes à la face et au cou. Les dernières gouttes de liquide retirées étaient un peu teintées de sang, indice de l'évacuation de la poche aussi complète que possible.

A la suite de la ponction, la malade eut des vomissements, facilement arrêtés par la potion de Rivière et les boissons gazeuses. Toutefois on nota, dans les huit jours qui suivirent, une élévation de la température (38° à 39°) sans aucun trouble du côté du péritoine.

27 décembre. Le liquide s'est reproduit. Il existe de la FIÈVRE (?). Une ponction nouvelle ne permet de retirer, malgré l'aspiration, que quelques gouttes d'un pus épais et grumelleux. Il est dès lors évident qu'une intervention plus large sera nécessaire.

13 janvier. La poche paraît moins volumineuse. La palpation permet de percevoir un froissement péritonéal à la partie antérieure de la tumeur splénique.

22 janvier. La malade, réintégrée en chirurgie, est opérée par M. Poirier, qui pratique l'incision du kyste. De nombreuses adhérences le fixent à la paroi abdominale antérieure. L'incision fait écouler un litre de pus.

La guérison fut obtenue après une période très longue de fistulisation; elle s'est maintenue parfaite. La malade jouit actuellement d'une santé excellente.

(2) Ces quatre cas présentent les particularités suivantes : dans celui de Féréol (in MARCANO. Note pour servir à l'histoire des kystes de la rate. *Progrès méd.*, 1874, p. 262), une fistulette persistait un an après l'opération. Dans celui de WILDE (Kyste hydatique de la rate, ponction et incision; guérison. *Deut. Arch. f. klin. Medicin.*, 1870, VIII, p. 116), une fistulette persistait au moment, très rapproché de la date de l'opération, où la malade sortit de l'hôpital. Dans celui de CH.-J. LYONS

1^o MORTS (17). — Sur 15 cas où la cause de la mort est connue, elle fut due à une néphrite hémorrhagique (4), à une pneumonie gauche survenue deux mois après l'opération chez une femme qui avait continué à se cachectiser (2), à l'ouverture d'un kyste hydatique suppuré du cerveau ouvert dans le sinus latéral cinq mois après l'opération (3), à l'épuisement 54 jours après l'opération (4), à la septicémie (5) dix fois, sur lesquels cinq fois il s'agit de l'infection du péritoine par le liquide septique du kyste (6).

On est frappé de cette fréquence de la septicémie ; car en réalité les cas où la mort survint par épuisement progressif relèvent de la suppuration prolongée avec ses conséquences.

Dix fois le kyste était suppuré. Il était ouvert dans la plèvre dans le cas d'Arnozan et Demons, qui était compliqué de kystes hydatiques du poumon et de la paroi thoracique (7).

Sept fois (8) on eut recours à la méthode d'ouverture lente par les caustiques. Dans un de ces cas (*Union méd.*, 1850), la suppura-

(Kyste hydatique de la rate, incision, guérison. *British med. J.*, 1893, t. I, p. 12), apparurent des signes de néphrite deux mois après l'opération, et, 80 jours après l'opération, persistait une fistule de 10 centimètres. Dans celui d'ALBERT (Échinocoques de la rate, opération par le procédé de Volkmann, guérison. In LIHOTZKY. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1886, XXIII, p. 128), une large cavité suppurante persistait 2 mois après.

(1) HERMANN. Kyste hydatique de la rate. *Jahresbericht d. med. klin. zu Breslau*, 1888 ; et *Cent. f. Chir.*, 1891, n^o 15, p. 101.

(2) GÉRIN-ROZE. — Kyste hydatique de la rate ouvert par le thermo-cautère... *Bull. Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1880, XVII, p. 20.

(3) REBOUL (J.). Kyste hydatique suppuré ouvert dans la plèvre... *Arch. prov. de chir.*, 1896, I, p. 29.

(4) GROSSICH. Kyste hydatique de la rate. *Pest. med. Chir. Presse*, Budapest, 1888, XXIX, p. 692.

(5) Voir tableau.

(6) BACKHOUSE (J.). *Austral. med. j.*, 1885, p. 409. — GOYRAND (G.) Kyste hydatique de la rate. *Gaz. des hôp.*, 1850, p. 100. — IKAWITZ. Un cas de laparotomie avec ablation d'un kyste splénique. *Soc. méd. de Tamboff*, 1887, n^o 5, p. 133. — QUINTARD. Kyste hématique de la rate, ouverture par les caustiques, mort. In PÉAN, *Des tumeurs de l'abdomen*, 1880, p. 1025. — ROUSSET, Idem. Idem.

(7) ARNOZAN et DEMONS, in GUÉRIN et LEGROS. Kyste hydatique suppuré de la rate avec perforation du diaphragme. *Arch. clin. de Bordeaux*, juin 1896, p. 280.

(8) ROBERT, in DEGAILLE. Kyste hydatique de la rate pris pour un abcès froid. *Soc. anat.*, Paris, 1850, p. 112. — Kyste hydatique de la rate. *Union méd.*, 1850. — THOMAS. Kyste hydatique de la rate ouvert avec la pâte de Vienne, mort. In PÉAN. *Des tumeurs de l'abdomen*, p. 1016. — GÉRIN-ROZE. — GOYRAND. — QUINTARD. — ROUSSET.

tion du kyste se produisit au cours des manœuvres. Dans un autre (Goyrand) l'insuffisance des adhérences, qui réunissaient le kyste à la paroi abdominale, permit l'enfoncement secondaire de la poche et le déversement de son contenu dans le péritoine.

Il n'est pas inutile de faire remarquer que plusieurs de ces cas datent d'une époque où l'antisepsie était inconnue et perdent ainsi de leur valeur.

2° GUÉRISONS (28). — 13 fois le kyste était suppuré.

Toutes les méthodes d'ouverture furent employées (1).

Trois fois on reconnut, au moment de l'opération, qu'il existait une seconde poche qu'on put inciser (2). Dans un cas, l'ouverture spontanée d'une deuxième collection se fit dans les jours qui suivirent l'opération (3). Wilde intervint, quelques jours après la première incision, pour ouvrir un kyste qui était resté inaperçu (4).

Comme suites opératoires, on nota les particularités suivantes : La cicatrisation ne se faisant pas, Braine dut dilater le trajet fistuleux et curetter la paroi kystique (5). Pour la même raison, Fick cautérisa la cavité et la fistule avec du chlorure de zinc et produisit une fistule stercorale qui guérit spontanément (6). L'apparition d'un pyothorax nécessita l'incision de la plèvre dans le cas d'Alessandri (7).

La guérison fut complète au bout de 10 jours, en moins de 3 semaines, après plusieurs semaines, 3 mois (3 fois), 4 mois (3 fois), 6 mois

(1) Caustiques (3 fois), ponction et dilatation du trajet, méthode de Simon (2 fois), de Valkmann (3 fois), de Lindemann-Landau (9 fois), résection costale et voie transpleurale (cas de Quénu).

(2) CASANOVA et POULET. Contribution à l'histoire et à la thérapeutique des kystes hydatiques de la rate. *Rev. de Chir.*, Paris, 1888, VIII, 206. — MORDRET. *Loco cit.* — DEMONS, in GRAS. *Loco cit.*

(3) TRINKLER. *Loco cit.*, p. 107.

(4) WILDE. Kyste hydatique de la rate, ponction et incision, guérison. *Deut. Arch. f. klin. med.*, 1870, VIII, p. 116.

(5) BRAINE. — Kyste hydatique de la rate. *Ann. de la polyclin. de Paris*, sept. 1890, p. 49.

(6) FICK. Kyste hydatique de la rate, incision, guérison. *Deut. Zeits. f. Chir.*, 1886, XXIV, p. 357.

(7) ALESSANDRI. Kyste hydatique de la rate, pyothorax, guérison. *Il Raccogli-tore med.*, 20-30 août 1878.

(2 fois), 7 mois, 8 mois, 10 mois, 12 mois, plusieurs mois. Dans le cas de Féréol une fistulette persistait 3 mois après l'opération (1).

B. — **Valeur de l'incision.** — L'étude des observations d'incision des kystes spléniques montre que cette méthode, peu brillante si l'on s'en tient à la statistique, est susceptible de donner de bons résultats. C'est qu'en effet, comme nous l'avons vu, plusieurs de ces observations datent d'une époque où l'antisepsie était inconnue ou mal pratiquée. Il est à prévoir que ses résultats seront désormais meilleurs. Nous n'en voulons pour preuve que l'abaissement progressif du taux de la mortalité, qui atteignait 50 0/0 avant 1880 et est descendu depuis cette date à 30 0/0.

Nous devons cependant insister sur un défaut inhérent à cette méthode et qui est constitué par la lenteur de la cicatrisation de la poche, qui doit se combler par bourgeonnement. Le temps de la réparation est encore augmenté dans les cas de rigidité ou d'incrustation calcaire de la paroi kystique (2). C'est cette constitution spéciale de la poche du kyste qui entraîna Novaro à pratiquer la splénectomie (obs. 69).

Parfois l'orifice cutané-musculaire se resserre et doit être dilaté. Dans d'autres cas la persistance d'une fistule nécessite des cautérisations énergiques ou un curettage de la poche pour amener sa disparition. Nous avons vu que plusieurs malades avaient été perdus de vue avant la cicatrisation complète.

Au lieu de constituer un simple inconvénient, cette suppuration prolongée peut devenir un danger : elle épuise l'organisme et peut déterminer la mort.

La méthode de l'incision présente d'autres inconvénients exceptionnels, mais réels. Si le kyste est multiloculaire, elle peut respecter une des poches, et l'on ne peut espérer que l'on s'en apercevra toujours au moment de l'intervention ou que la poche négligée s'ouvrira spontanément dans les jours qui suivront.

La fragilité de la paroi kystique ou du tissu splénique peut constituer une cause de sérieuses difficultés au moment de la fixation de la poche à la paroi. M. Le Dentu fait remarquer que les kystes de la rate

(1) FÉRÉOL, *Loco cit.*

(2) Cas de GÉRIN-ROZE (*loco cit.*), de BRAINE (*loco cit.*), de PÉAN (obs. 60).

doivent être abordés avec de grandes précautions. « Il faut, dit-il, se borner à fixer leur paroi sans la réséquer, car les plus légères tractions déchirent le tissu splénique qui saigne en abondance. » Dans un cas où il avait tenté cette fixation, M. Le Dentu dut, pour la raison précédente, renoncer à l'incision simple et recourir à la splénectomie (obs. 58).

On a signalé enfin des douleurs persistant après la cicatrisation du kyste, et qui seraient dues, suivant Chaintre (1), aux adhérences réunissant la poche cicatrisée et les organes environnants.

§ 4. — Extirpation du kyste.

L'extirpation complète du kyste a pour but d'obtenir une guérison rapide et de parer aux inconvénients de la suppuration prolongée, inhérente à la méthode précédente.

Cette extirpation peut se faire dans deux conditions bien différentes, entre lesquelles existent du reste de nombreux intermédiaires : le kyste est pédiculé ou il est sessile.

A. — LE KYSTE EST PÉDICULÉ. — Si le pédicule est mince, rien n'est plus simple que de le sectionner après ligature. Employée par Oliver (2), cette méthode a été suivie de guérison rapide.

S'agit-il bien de kystes de la rate dans ces cas de tumeurs vraiment pédiculées? N'a-t-on pas plutôt affaire à un *kyste péricapsulaire*, développé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, comme le soutient M. Besnier? Cette hypothèse, basée sur l'examen de quelques observations (Coiter, Portal, Finsen, Charcot et Davaine) est très plausible.

Cette question du siège exact du kyste a une certaine importance pratique. Si, en effet, ce kyste est d'origine péri-splénique, il n'y a aucune raison pour enlever la rate qui est probablement saine, et on est à peu près certain, en pratiquant la section du pédicule de la tumeur, de faire une opération radicale.

(1) CHAINTRE. Kyste hydatique de la rate, laparotomie, fixation de la rate à la paroi abdominale, drainage, guérison. *Rev. de chir.*, Paris, 1890, X, 811.

(2) OLIVER. Kyste hydatique pédiculé de la rate, ablation, guérison. *British med. J.*, 1893, t. II, p. 13.

B. — LE KYSTE EST SESSILE. — Les difficultés d'extirpation sont ici bien plus considérables. Il faut sectionner le tissu splénique et faire une véritable splénectomie partielle, qu'on sectionne franchement le parenchyme de la rate ou qu'on fasse une sorte d'énucléation du kyste. Il en résultera une hémorrhagie qu'on pourra, sans doute, ordinairement arrêter à l'aide des divers moyens hémostatiques que nous avons étudiés (voir chap. III, § 1^{er}).

Mais l'hémostase ne sera pas toujours facile à obtenir. Dans le seul cas de kyste hydatique traité par ce procédé (obs. 59), une hémorrhagie venue des parois de la cavité détermina la mort.

Pratiquée trois fois pour kyste simple de la rate, la résection du kyste a donné trois succès. M. Terrier put exciser simplement la paroi kystique (obs. 68). Bardenheuer réséqua le tiers inférieur de la rate (obs. 67). Fink agit de même mais en sectionnant en même temps une partie du ligament gastro-splénique et en renonçant à enlever la rate dans la crainte de voir survenir des troubles circulatoires (obs. 66). L'hémorrhagie, peu abondante, put être arrêtée à l'aide de sutures ou de la thermo-cautérisation.

Les suites opératoires furent très simples dans ces trois cas. Mais les deux malades, qu'on revit six mois et un an après, présentaient une hypertrophie légèrement douloureuse de la rate.

Rappelons que Snéguirew tenta cette résection en assurant l'hémostase à l'aide de la vapeur d'eau chaude et ne dut recourir à la splénectomie totale qu'à la suite d'un accident opératoire (obs. 72). Sans juger ce procédé d'hémostase encore peu connu, il nous semble qu'il n'est pas de pratique facile. Snéguirew fait, du reste, remarquer qu'un jet de vapeur sous une trop forte pression peut dilacérer la pulpe splénique.

§ 5. — Splénectomie.

Historique. — Dans son étude sur les maladies de la rate M. Besnier (1879) déclare que, malgré le magnifique succès de Péan, dû tout entier à l'opérateur, la splénectomie doit être réservée pour des cas tout à fait exceptionnels, sinon absolument rejetée (1).

M. Péan (1880), frappé des échecs que donne parfois la spléno-

(1) BESNIER, *Loco cit.*, p. 545.

tomie dans les cas de kyste splénique, se demande si la splénectomie ne lui est pas préférable (1).

M. Blum (1883) estime que les kystes de la rate sont guérissables par des moyens plus faciles et moins dangereux que l'extirpation (2).

Gilson (1885) conseille de toujours commencer le traitement d'un kyste hydatique par une ponction évacuatrice. Si le liquide se reproduit, il faut avoir recours de suite à la splénectomie (3).

Casanova et Poulet (1888), qui ne connaissent que le cas malheureux de Kœberlé, rejettent l'ablation de la rate, parce que le chirurgien possède des moyens plus sûrs et moins dangereux (4).

Wright (1888) relate trois cas de kyste traités par la splénectomie et guéris (5).

Chauvel et Tachard (1889) considèrent cette opération comme difficile et dangereuse (6).

Trinkler (1894) déclare que l'opération est indiquée dans le cas de kyste hydatique libre (7).

Cras (1896), dont les recherches ont été très incomplètes, déclare qu'on ne peut encore donner d'une façon précise les indications de la splénectomie (8).

Nous avons pu réunir 18 cas de kyste splénique traités par cette méthode.

Examen et critique des observations. — Sur nos 18 cas nous notons 15 guérisons et 3 morts, soit une mortalité de 16,5 0/0 (9).

A. — MORTS. — Dans les trois cas de mort (obs. 56, 57, 58) existaient des adhérences considérables. Nous ne possédons pas d'autres renseignements sur le cas de Durante (obs. 56).

Dans celui de Kœberlé (obs. 57), il s'agissait d'un kyste très volu-

(1) PÉAN. *Diagn. et traitement des tumeurs de l'abdomen*, 1880, p. 1021.

(2) BLUM. *Loco cit.*, p. 733.

(3) GILSON. *Loco cit.*, p. 324.

(4) CASANOVA et POULET. *Loco cit.*, p. 206.

(5) WRIGHT. De la splénectomie. *Med. Chronicle*, Manchester, 1888, t. IX, p. 188.

(6) CHAUVEL et TACHARD. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 1889, p. 613.

(7) TRINKLER. *Loco cit.*

(8) CRAS. *Loco cit.*

(9) Les cinq splénectomies pour kyste simple furent toutes suivies de guérison obs. 60, 61, 64, 70, 75). Les cas de morts concernent les kystes hydatiques.

mineux, devenu purulent après une ponction faite dix jours auparavant et ayant déterminé des phénomènes d'infection très accentués (amaigrissement, sécheresse de la peau, fièvre hectique). Renonçant à l'incision simple du kyste qui ne pouvait donner un résultat chez une personne aussi amaigrie et affaiblie, Kœberlé se décida à la splénectomie, tout en se rendant compte des difficultés et des dangers de cette intervention. La tumeur adhérait à presque tous les viscères abdominaux et surtout au diaphragme. Aussi l'opération fut-elle laborieuse et de longue durée (3 heures), et la perte de sang assez considérable. La mort survint 17 heures après.

Le cas de M. Le Dentu (obs. 58) était aussi complexe. Le kyste splénique coexistait avec un kyste du foie. Le kyste hépatique fut incisé et fixé à la peau. On tenta de traiter de même la poche splénique; mais celle-ci, très mince, se déchira et, le tissu de la rate saignant abondamment, on dut se résoudre à enlever la rate, ce qui fut très facile. La mort survint par shock la nuit suivante.

B. — GUÉRISONS (15). — Neuf fois l'opération fut facile, soit qu'il n'existât pas d'adhérences et que la rate fût très mobile, soit que ces adhérences fussent peu considérables.

Elle fut rendue difficile par la résistance des adhérences dans les cas de Bergmann (obs. 63), Jonnesco (obs. 74), Péan (obs. 60), Sp. Wells (obs. 64), Chalite (obs. 70), Moreschi (obs. 75). La déchirure des adhérences qui formaient une véritable symphyse phrénosplénique, détermina la déchirure de la paroi abdominale en plusieurs points et l'ouverture de la plèvre à deux reprises dans le cas précité de Jonnesco; on eut ensuite quelque difficulté à arrêter le sang qui s'écoulait en nappe des parois de la poche splénique. La solidité des adhérences força Sp. Wells à laisser un débris de la paroi kystique adhérent à l'estomac, ce qui amena un écoulement de liquide jaunâtre par la plaie pendant quelques jours.

Les suites opératoires furent simples dans dix cas.

Deux fois apparurent des phénomènes d'infection peu accentués (obs. 62 et 65). Le malade de Crédé présenta une leucocytose considérable (un G.B. pour 4 G.R.), mais passagère (obs. 61). L'opéré de Jonnesco fit de la congestion pulmonaire, celui de Bergmann de la pleurésie gauche.

La guérison fut complète dans tous les cas, et elle se maintenait telle dans les six cas où l'on put revoir les malades 2 mois, 3 mois, 10 mois, 11 mois, un an et deux ans après l'opération.

Valeur de la splénectomie. — Au point de vue purement opératoire, on peut distinguer : 1° Des cas très faciles. Ce sont ceux où la rate est absolument libre et où son pédicule est allongé. 2° Des cas moyens, les plus fréquents, où les adhérences, plus ou moins considérables, rendent l'opération plus pénible. 3° Des cas difficiles où il existe une véritable symphyse de la rate et des organes environnants. L'intervention devient alors plus dangereuse, du fait de la libération de ces adhérences qui détermine une hémorrhagie abondante et prolonge l'acte opératoire. Nous avons montré les difficultés qui pouvaient résulter de l'accolement de la tumeur à l'estomac dans les cas de disparition du ligament gastro-splénique.

En dehors de ces dangers opératoires, la splénectomie n'en présente pas d'autres, car les phénomènes d'infection, qui peuvent apparaître, ne présentent ici aucun caractère spécial et doivent être évités par une asepsie rigoureuse. Nous ne comptons pas comme complication les troubles de leucocytose post-opératoire, qui sont toujours passagers et ne présentent aucune gravité.

La splénectomie, faite dans de bonnes conditions, assure une guérison rapide et complète.

Conclusions.

La *ponction* doit être rejetée, car elle est dangereuse par les troubles généraux d'intoxication et la suppuration du kyste qu'elle peut déterminer; elle est, d'autre part, d'une efficacité douteuse.

Bien que plus efficace, la *ponction suivie de lavages ou d'instillations antiseptiques*, doit être rejetée pour les mêmes raisons. Ces deux méthodes, essentiellement aveugles, ne peuvent constituer que des procédés d'exception qu'on n'emploiera, à titre palliatif ou curatif, que si l'on n'est pas en mesure de recourir à d'autres moyens.

De *l'incision du kyste*, pratiquée en un ou deux temps, on est en droit d'attendre de bons résultats. Cette opération présente l'inconvénient de déterminer une suppuration longue et parfois difficilement

tarissable et aussi d'exposer à négliger une seconde poche kystique.

Par l'*extirpation totale du kyste* on obtient une guérison rapide. Mais cette opération, simple dans les kystes pédiculés, devient plus délicate et plus périlleuse quand il s'agit de tumeurs sessiles, car elle nécessite la résection de la rate. Elle peut respecter un autre kyste splénique.

La *splénectomie totale* constitue l'opération idéale, puisqu'elle supprime le kyste principal et aussi ceux que la rate peut renfermer et qui ne sont pas perceptibles. Les résultats qu'elle a donnés sont bien supérieurs au point de vue immédiat et éloigné à ceux de tous les autres procédés (1). Ce fait suffit à justifier l'ablation de la rate, puisque cette opération n'a jamais déterminé, par elle-même, d'accidents sérieux.

Pratiquée dans de bonnes conditions d'asepsie, elle ne présente pas plus de gravité qu'une intervention abdominale quelconque. La guérison qu'elle donne est rapide et complète.

Avec Hahn (2) et Winkel (3), nous la considérerons comme l'opération de choix dans les kystes de la rate. C'est donc à elle qu'il faudra avoir recours quand on pourra la pratiquer.

Il n'existe, à notre avis, que deux contre-indications à cette opération, tirées l'une de l'état général, l'autre de l'état local.

S'il s'agit d'un individu cachectisé qu'on soupçonne ne pouvoir supporter une opération importante, il vaut mieux recourir à la simple incision du kyste. Encore faut-il remarquer avec Kœberlé que les frais de réparation après l'incision seront souvent trop considérables pour ces organismes affaiblis. Aussi sera-t-on parfois autorisé, pourvu qu'on ait quelque espoir de réussite, à tenter quand même l'opération radicale.

L'étendue et la résistance des adhérences constituent des contre-

(1)	MORTS	GUÉRISONS
Ponction simple.....	?	16 p. 100
Ponction avec injection antiseptique.....	0	100 p. 100 Trois cas seulement.
Incision : avant 1880.....	50 p. 100	
— depuis 1880.....	30 p. 100	
Extirpation.....	25 p. 100	75 p. 100
Splénectomie.....	16,5 p. 100	84,5 p. 100

(2) HAHN. Kyste hydatique de la rate. *Soc. de méd. de Berlin*, 12 et 26 juin 1895.

(3) WINKEL. Fait de kyste splénique. *Soc. de gynéc. de Dresde*, 27 mai 1876; et *Winkel's Ber. and Stud.*, Leipzig, II, 1876.

indications absolues à la splénectomie. La crainte de ne pouvoir arrêter l'hémorrhagie que déterminera la déchirure des adhérences ou de trop prolonger l'acte opératoire, doit faire renoncer à l'ablation de la rate. Il est impossible de fixer théoriquement quelle est la limite entre les cas où l'on peut la tenter et ceux où il faut s'en abstenir. Il y a là pour le chirurgien une question de tact opératoire qu'il n'est pas possible de résoudre d'un mot.

Il est d'autant plus indiqué de renoncer à la splénectomie dans les cas de ce genre, qu'on possède dans l'incision simple un mode de traitement, certainement moins radical, mais souvent efficace, et de danger immédiat moins considérable.

TABLEAU

DES

DIVERSES INTERVENTIONS POUR KYSTE SPLÉNIQUE

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATION
1886	BERGMANN. <i>Arch. f. klin. Chir.</i> , 1886, XXXVI, 460.	F.	38	Kyste hydatique.	.....
1854	VELPEAU, in ROMBEAU. <i>Soc. anat.</i> , 1854, 29.	F.		Kyste hydatique.	Ponction : 1 lit. de liquide transparent.
1860	LEBERT, et BERGER. <i>Berl. klin. Woch.</i> , 1871, 3, 27.	F.	23	Kyste hydatique.	Ponction : 400 gr. de liquide incolore.
1868	HABERSOHN-BRYANT. <i>Guy's Hospital reports</i> , t. XIV, p. 213, 1869.	H.	38	Kyste hydatique.	3 ponctions.
1877	BUCQUOY. <i>France médicale</i> , 1878, p. 743.	F.	29	Kyste hydatique.	1 ^{re} ponction : liquide 2 ^e ponction : 5 mois la première : jaune.
1878	LUIGI CONCETTI. <i>Giorn. internaz. d. Soc. med.</i> , Naples, 1880, II, 247, obs. II.	H.	35	Kyste hydatique.	3 ponctions.
	J.W. BARRETT. <i>Austral. med. Journ.</i> , 15 juin 1883, p. 256.	H.	27	Kystes hydatiques.	Ponction blanche.
1883	TACHARD. <i>Soc. de chir.</i> , 1889, XV, 612; rap. de CHAUVEL.	H.	40	Kyste hydatique.	Ponction aspiratrice gr. de liquide.
1883	SEVESTRE. <i>Soc. méd. des hôp.</i> , 1886, 470.	H.	32	Kyste hydatique multiple de la rate. Rate palpable.	Plusieurs ponctions.
1885	N. GOLUBOFF. <i>Deuts. Arch. f. klin. Med.</i> , 1886, 40, 117.	H.	46	Kyste hydatique.	Ponction aspiratrice.
1885	SAMGIN (V.). <i>Med. Obozr.</i> , 1885, XXIV, 493.	F.		Kyste hydatique.	Ponction : pus.

SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT
rite gauche.			
lents péritoniques et uraux.	M. 2 mois après.	.....	Kyste purulent. Pleurésie sérieuse.
.....	?	Malade perdue de vue.	
.....			
sement progressif.	M. qq. mois après.	.....	La poche kystique est ta- pissée d'une membrane pyogène.
.....	G.	6 mois après, la guérison se maintient, mais la rate est un peu volumineuse.	
.....	G.	8 mois après le liquide ne s'est pas reproduit, mais rate encore grosse.	
.....			
omènes d'infection.	M. rapide.	.....	Gros kyste hydatique sup- puré, non ponctionné. Petit kyste non suppuré, renfermant de nombreu- ses vésicules, ponctionné.
e jour, pneumonie.	M.	.....	Kyste encore gros comme une tête d'enfant.
.....		La ponction semble avoir guéri certains des kys- tes ponctionnés. La splé- nectomie serait néces- saire.	
.....	G.	Disparition des douleurs. 2 mois après la collec- tion ne semble pas s'être reproduite.	
.....			
ique purulente. Ou- verture du kyste dans l'intestin.	M. 6 ^e mois.		

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SEXE	ÂGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATION
1885	SOLOUBOFF. <i>Revue médicale</i> , XXIII, n° 8.	H.	46	Kyste hydatique.	Ponction aspiratoire.
1886	COURTIN. <i>J. de méd. de Bordeaux</i> , 1893, 285.	H.	12	Kyste hydatique. Rate paludique.	Ponction : 850 gr.
1888	HERRMANN. <i>Centr. f. Chir.</i> , 1891, 101.	H.	40	Kyste hydatique à parois très épaisses.	Ponctions blanches.
1889	LEPRÉVOST. <i>Soc. de chir.</i> , 1889, 279.	F.	26	Kyste hydatique.	Ponction blanche.
1868	SKODA. <i>Allgem. Wiener med. Zeitung</i> , 1866, n°19.	H.	46	Kyste hydatique.	1 ^{re} ponction suivie de dents immédiats 2 ^e et 3 ^e ponction avec teinture d'iode.
1870	SCHROTTER. <i>Est. med. Jahrb.</i> , Bd. XIX, p. 220.	F.	46	Kyste hydatique suppuré après une première ponction.	1 ^{re} ponction. 2 ^e et 3 ^e tions avec injection de teinture d'iode.
1872	FÉRÉOL, in G. MARCANO. <i>Progrès méd.</i> , 1874, p. 262.	H.	31	Kyste hémattique développé dans une rate paludique.	Application de caustiques, puis ponction avec canule à demeure. Injections antiseptiques fréquentes.
1879	LUIGI CONCETTI. <i>Gior. internaz., d.sc.med.</i> , Naples, 1880, II, 247, obs. I.	H.	33	Kyste hydatique.	1 ^{re} ponction. 2 ^e ponction avec canule à demeure.
1889	OLLIER, in CHAINTRE. <i>Revue de chir.</i> , 1890, 811.	H.	27	Kyste hydatique.	1 ^{re} ponction : Résection du liquide. 2 ^e laparotomie. Fixation de la rate à la paroi abdominale du trocart en place. 6 jours de drainage laminaire, puis cautérisation.
1850	X. <i>Union médicale</i> , 1850.	...	.....	Kyste hydatique suppuré secondairement aux manœuvres opératoires.	Ouverture par la cautérisation.

SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT
.....	.....	Amélioration.	
rs disparaissent.	G.	Trois ans après, rate a son volume normal, de même 7 ans après.	
.....	.....	.....	Péritonite circonscrite chronique.
e réaction inflammatoire.	G.		
.....	G. complète.		
te se rétrécit comment, et rapidement.	G.		
issement. Facies. Ais. Anorexie. Puis général s'améliore progressivement.	G.	Trois mois après persiste une fistule étroite de 6 à 7 cent. de longueur.	
.....	M. 4 ^e mois.	Une large cavité fistuleuse persiste.	
ration progressive.	G. complète en deux mois.	4 mois après, état général excellent, mais douleurs dans l'épaule gauche. 8 mois après, douleurs disparues.	
mic.	M. 10 jours après.		

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS
1850	ROBERT, in DEGAILLE. <i>Soc. anat.</i> , 1850, 112.	H.	22	Kyste hydatique pris pour un abcès de la paroi abdominale.	Ouverture par caustique.
1850	G. GOYRAND. <i>Gaz. des hép.</i> , 1850, 100.	...	.....	Kyste hydatique.	Ouverture par caustique, ap- p. sion des couch perficielles.
1860	MICHON et HEMERY. in MAGDELAIN. Thèse Pa- ris, 1868, obs. 16.	F.	21	Kyste hydatique suppure secondairement aux ma- nœuvres opératoires.	1 ^o Électropunct de phénomèn tonite. 2 ^o Ouverture à l caustique.
1863	ROUSSET, in PÉAN. <i>Des tumeurs de l'abdomen</i> , 1880, p. 1025.	F.	7	Kyste hématicque de la rate.	Ouverture par le ques.
1869	KONIG, in WOLFF. <i>Bern. kl. Woch.</i> , 1869, 5.	H.	22	Kyste hydatique.	Ponction et can- meure (liquide jours après, in- quide purulen
	MARTINEAU. <i>Union mé- dicale</i> , 8 fév. 1873, 181.	F.	23	Kyste hydatique suppuré.	Ponction : 300 g lendemain pot tique, puis ch zinc. Ponction avant l'ouvert nage.
1879	GÉRIN-ROZE. <i>Soc. méd. des hép.</i> , 1880, p. 20.	F.	49	Kyste hydatique.	1 ^o Ponctions aprè les le liquide purulent et l'é ral s'aggrave ment. 2 ^o Applications d Vienne. Incisio mo-cautère.
1879	THOMAS, in PÉAN. <i>Des tumeurs de l'abdomen</i> , 1880, 1016.	F.	34	Kyste hydatique suppuré après une ponction.	Application de Vienne.

SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT
émie.	M. 12 ^e jour.	.....	Cavité kystique énorme. Adhérences gastriques, hépatiques, diaphrag- matiques.
énite par l'enfonce- ment subit du kyste.	M.		
ioration progressive.	G. en 7 mois.		
.....	M. 2 mois après.	.....	Péritonite consécutive à une injection de teinture d'iode.
ie.	M.		
tion au chloral et à la nature d'eucalyptus.	G.		
achexie s'accroît. pneumonie gauche.	M. 2 mois après.		
ation à la laminaire essaire à plusieurs prises.	M. 4 ^e mois.		

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATION
1879	QUINTARD. <i>Idem</i> , 1025.	F.	54	Kyste hématique de la rate.	Ouverture par les caques.
1867	HUETER, in UTERHART. <i>Berl. klin. Woch.</i> , 1869, 35.	F.	.....	Kyste hydatique suppuré.	1° Ponction avec canul demeure. 2° Incision (opération Simon). Ouverture a dentelle de l'intestin
1868	BERGMANN LITTEN. <i>Berl. klin. Woch.</i> , 1868, 592.	H.	10	Kyste hydatique.	Opération de Volkman
1870	WILDE. <i>Deut. Arch. f. klin. Medicin.</i> , VIII, 116.	F.	11	Kyste hydatique.	1° Ponction suivie d'a dents. 2° 2 trocarts placés à meure. Incision 17 j après (opération de mon). 3° Même opération qu ques jours après pour 2° Kyste qui s'est veloppé.
1873	MEYER. <i>Soc. méd. Stras- bourg</i> , 6 mars et 15 juin 1873.	...	.....	Kyste hydatique.	1° 2 Ponctions successi Le liquide se repro rapidement et dev purulent. 2° Incision.
1873	ROSENSTEIN SANGER. <i>Berl. klin. Woch.</i> , 1873, n° 2.	F.	37	Kyste hydatique.	1° Ponction : liquide c 2° Ponction : liquide rulent. 3° Laparotomie. Inci du kyste qui présen des adhérences sol et qu'on fixe par me de prudence.
1876	ALESSANDRI. <i>Il Raccogl. med.</i> , 20-30 août 1878.	H.	32	Kyste hydatique suppuré consécutivement à une ponction.	Laparotomie. Fixation kyste. Incision.

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATION
1877	HOLSTEIN (A.). <i>Hospital's Tidende</i> . R. 2, Bd. 5, p. 101.	F.	.....	Kyste hydatique suppuré consécutivement à une ponction.	Opération de Simon 4 trocars. Lavages niqués.
1884	FICK. <i>Deut. Zeitz.f. Chir.</i> , Bd. XXIV, p. 355.	H.	29	Kyste hydatique.	Laparotomie. Fixation incision du kyste.
1884	VIDAL GARCIA. <i>Cron. Med. Lima</i> , 1884, I, 253.	...	.....	Kyste.	1° Ponction. 2° Incision.
1884	MADLUNG. <i>Cent.f. Chir.</i> , 1885, 208.	F.	50	Kyste hydatique.	Procédé de Lindemann
1884	F. MOSLER. <i>Ueber Mitrochinococcus und seine Behandlung</i> , Wiesbaden, 1884.	H.	22	Kyste hydatique.	1° 9 ponctions dont 7 vies d'injections phéniquée. Le kyste vient purulent après 7 ^e . 2° Incision du kyste
1885	ALBERT, in LIHOTZKY. <i>Deut. zeit. f. chir.</i> , 1886, 128.	H.	26	Kyste hydatique.	1° 3 ponctions successives Urticaire. Laparotomie parallèle rebord costal. Fixation de la rate 5 jours après Ouverture au thermo-cautère: 1700 gr. guide.
1885	J. BACKHOUSE. <i>Austral. med. Journ.</i> , 1885, 409.	...	.....	Kyste hydatique	1° Plusieurs ponctions résultat. 2° Incision.
1885	LINDEMANN, in SCHLEGELTENDAL. <i>Arch. für klin. Chir.</i> , Bd. 83, 209.	...	.....	Kyste hydatique.	Pas de détails sur l'opération.

SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT
Lavages antiseptiques.	G. en plusieurs m.		
Fièvre pendant 4 semaines.	G.	Au bout de plusieurs mois la fistule persistant, cautérisation au chlorure de zinc. On détermine ainsi une fistule stercorale qui guérit. Finalement, guérison complète un an après.	
.....	G.		
.....	G.		
.....	G. 10 mois.		
Poussées d'urticaire.	?	80 jours après l'opération, persistance d'une fistule de 10 centimètres.	
Évacuation de la poche kystique dans le péritoine.	M. le 16 ^e jour.		
.....	G. 8 mois.		

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SEX	AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATION
1885	WASSILJEW. <i>Cent. f. Chir.</i> , 1886, 175.	H.	21	Kyste hydatique.	1° Ponction. 2° Un an après 2° ponction. Puis phénomènes d'infection. 3° Laparotomie. Fixation de la rate. Ouverture Drainage.
1874 1886	DELENS. BOUILLY. <i>Soc. de chirurgie</i> , 1889, 305.	H.	.....	Kyste hydatique.	1° Ponction. Guérison apparente pendant 5 ans. 2° 2° ponction. Reproduction du liquide. 3° Incision du kyste, 12 ans après la première ponction.
1887	BRAIRE. <i>Ann. de la polyclinique de Paris</i> , 1890, 49.	H.	34	Kyste hydatique suppuré après une ponction.	Laparotomie sous le rebord costal. Ponction. Fixation du kyste. Incision. Résection d'une partie du kyste. Marsupialisation.
1887	CASANOVA et POULET. <i>Rev. de chir.</i> , 1888, 207.	F.	23	Kyste hydatique biloculaire. Grossesse.	Ponction blanche. Suppuration consécutive. Incisions successives.
1887	E. IKAWITZ. <i>Soc. méd. de Tamboff</i> , 1887, n° 5, 133.	H.	52	Kyste hydatique.	Opération de Lindemann du liquide kystique probablement septique s'écoulé dans le péritoine.
1888	FEHLEISEN. <i>Deut. med. Woch.</i> , 1888, 1003. Obs. II.	H.	11	Kyste hydatique.	Laparotomie. Fixation du kyste à la paroi abdominale. 4 jours après incision du kyste.
....	GROSSICH. <i>Pest. med. Chir. Presse</i> , 1888, 29, 692.	H.	40	Kyste hydatique.	Laparotomie parallèle au rebord costal. Incision abdominale laissée ouverte et bourrée de gaze 10 jours après, incision du kyste, liquide trouble

SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTATS	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT
.....	G. 10 jours.		
Suites très simples.	G.		
Suites simples, cependant on doit dilater le trajet nistuleux et curetter la paroi kystique.	G. 6 mois.		
Suites simples.	G. 2 mois.	Grossesse suivit son cours normal.	
Péritonite.	M. 3 ^e jour.		
.....	G. plusieurs semaines.		
Au 9 ^e jour, communica- tion du kyste et de l'es- tomac. 2 tentatives de soudure de l'orifice de communication; la se- conde réussit.	M. 154 ^e jour après par épuisement.		Pas de péritonite.

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SEXE	ÂGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATION
1888	HERRMANN. <i>Cent. f. Chir.</i> 1891.	F.	56	Kyste hydatique.	1° 2 ponctions à la suite desquels phénomènes d'infection. 2° Laparotomie. Incision.
1888	QUÉNU. <i>Soc. de chir.</i> , 1889, 295.	H.	37	Kyste hydatique. Suppu- ration et cachexie après une ponction ; vomique purulente.	Incision par la voie trans- pleurale. Résection cos- tale. Drainage de 2 poches.
1890	MORDRET. <i>Soc. de chir.</i> , 1892, 157. Rap. de Bouilly.	F.	50	Kystes hydatiques.	Laparotomie. Ponction de 2 kystes. Incision des kystes. Incision de la cloison qui les sépare.
1889	CERNÉ, in Thèse LAINÉ. Paris, 1889, p. 19.	H.	61	Kyste hydatique.	Incision.
1890	TOMBOFF, in TRINKLER. <i>Rev. de chir.</i> , 1894, p. 162.	H.	.....	Kyste hydatique suppuré consécutivement à une ponction.	Incision.
1891	JAYLE. <i>Soc. anat.</i> , 1891, 647.	F.	32	Kyste hydatique.	Laparotomie médiane. Ponction 5 litres de liqui- de clair. Incision. Adhé- rences considérables. Incision d'une partie du kyste. Marsupialia- sation.
1891	R. MACLAREN. <i>Brit. med.</i> <i>Journ.</i> , 1892, I, 868.	F.	26	Kyste hydatique.	Laparotomie. Fixation du kyste à la paroi abdo- minale. 5 jours après ouverture du kyste.
1891	TRINKLER. <i>Rev. de chir.</i> , 1894, 107.	F.	46	Kyste hydatique bilocu- laire.	Laparotomie latérale obli- que. Tamponnement de la plaie à la gaze ; 12 jours après, ponction et incision.
1891	TUFFIER. <i>Soc. de chir.</i> , 1892, 667.	F.	23	Kyste hydatique suppuré.	Laparotomie latérale. Fi- xation de la tumeur. Ouverture du kyste.

SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPRIE OU CAUSE DE MORT
Néphrite hémorrhagique.	M.		
Suites d'abord pénibles.	G. 4 mois.	Plus tard la plaie se rouvre spontanément pour l'expulsion d'un fil de ligature. Santé excellente.	
Suites simples.	G. 6 mois.	18 mois après, santé excellente.	
.....	G. 4 mois.	.....	
.....			
Fièvre, pouls rapide.	M. le 4 ^e jour.	.....	!
Accidents fébriles.	G. 4 mois au moins.	.....	
Fièvre et douleurs jusqu'au 15 ^e jour, où un 2 ^e kyste s'ouvre spontanément.	G.	2 mois après, l'ouverture cutanée s'était presque fermée et la cavité suppurante était encore volumineuse.	
Suites simples.	G.	2 mois après, vomique d'hydatides (kyste du foie probable).	

DATE	OPÉRATEUR ET CELUI QUI A PUBLIÉ	SEXE	ÂGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATION
	LUIGI GUIDA. <i>Riforma med.</i> , 13 avril 1895, 134.	H.	49	Kyste hydatique.	Splénatomie : 4 litres de liquide.
1893	J.-G. HOGEL. <i>Indian. med. rec.</i> , 1893, 386.	...	.....	Kyste hydatique.	Incision.
	CH.-J. LYONS. <i>British med. J.</i> , 1893, I 12.	F.	18	Kyste hydatique.	Laparotomie. Adhérences pariétales. Incision. Résection d'une partie du kyste. Drainage.
1894	J. REBOUL. <i>Arch. prov. de chir.</i> , 1896, 1, 29.	F.	35	Kyste hydatique suppuré, ouvert dans la plèvre.	Laparotomie latérale. Fixation de la rate. Ponction. Incision. Drainage du kyste et de la plèvre.
1894	VIVENZA. <i>Lo Sperimentale</i> , 1895, 13, 248.	H.	65	Kyste hydatique. Fièvre. Mauvais état général.	Laparotomie latérale. Adhérences intimes et étendues au diaphragme. Ponction. Liq ^{de} louche. Incision. Marsupialisation.
1895	DUGUET et POIRIER. (<i>Observation inédite.</i>)	F.	35	Kyste hydatique.	1 ^{re} ponction aspiratrice, liquide clair. 2 ^e ponction. Quelques gouttes de pus. Incision du kyste. 3 litres de pus.
1896	ARNOZAN et DEMONS, in GUÉRIN et G. LEGROS. <i>Arch. clin. de Bordeaux</i> , juin 1896, 280.	F.	21	Kyste hydatique, suppuré, ouvert dans la plèvre. Kystes hydatiques du poumon et de la paroi thoracique.	Thoracotomie. Agrandissement de l'ouverture diaphragmatique.
1896	DEMONS, in CRAS. Thèse Bordeaux, 1896, obs. I	H.	52	Kyste hydatique biloculaire suppuré. Rate palpable.	Laparotomie latérale. Adhérences pariétales. Incision de 2 poches communiquant l'une avec l'autre.
	JAMES OLIVER. <i>Brit. med. J.</i> , 1893, II, 13.	F.		Kyste hydatique pédiculé.	Laparotomie médiane. Adhérences pariétales solides et épiploïques. Ponction. Section du pédicule du kyste. Ablation du kyste.

On trouvera le résumé des splénectomies pour kystes d

SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT
.....	G.		
.....	M.		
Soulagement immédiat.	G.	Persistance d'une fistu- lette au moment de la sortie précoce de l'hô- pital.	
.....	M.	5 mois après, mort par ouverture d'un kyste hydatique suppuré du cerveau dans le ventri- cule latéral.	Cavité splénique très ré- duite.
Symptômes de septicémie.	M. 3 semaines après.		Pas de péritonite.
Fistulisation prolongée.	G.		
Septicémie.	M. le 14 ^e jour.		
Suites simples.	G.		
Suites simples.	G.		

la rate au tableau général, annexé à la fin de ce travail.

CHAPITRE V

De la splénectomie dans les hypertrophies chroniques de la rate.

Outre les lésions traumatiques, les abcès et les kystes, on observe au niveau de la rate un grand nombre d'autres affections. Les unes, aiguës et passagères, ne nous arrêteront pas. Les autres chroniques, sont décrites sous la dénomination impropre de « tumeurs de la rate » ; il vaudrait mieux leur réserver celle « d'hypertrophies chroniques ».

On comprend dans cette classe des hypertrophies chroniques des lésions bien différentes. C'est ainsi qu'on y place à la fois les tumeurs proprement dites et les splénites chroniques.

Il serait utile, comme le fait remarquer M. Quénu, de pouvoir cliniquement différencier les véritables néoplasmes des inflammations et aussi les néoplasmes entre eux. Malheureusement nous ne possédons aucun signe qui nous permette de faire cette distinction, et trop souvent l'histologie elle-même est incapable de nous renseigner. En dehors des lésions paludiques et syphilitiques de la rate, nous en sommes réduits à poser le diagnostic d'hypertrophie chronique.

Il existe cependant un symptôme qui acquiert une importance considérable, c'est l'augmentation du nombre des globules blancs du sang, ou plutôt l'existence de la leucémie vraie. Comme nous le verrons, le pronostic de la splénectomie, seule intervention qu'on ait en général opposée à ces lésions, diffère essentiellement suivant que la leucémie existe ou manque.

Nous possédons, d'autre part, un signe qui, au point de vue chirurgical, a aussi une importance notable, c'est l'existence ou l'absence de mobilité de la tumeur ou d'une ectopie splénique.

C'est sur la nature de la lésion splénique, quand on pourra la re-

connaître, et surtout sur la constatation ou la non-constatation de la leucémie et de la mobilité de la rate, que nous devrons nous baser pour essayer de fixer les indications et contre-indications opératoires.

Nous plaçant au point de vue uniquement chirurgical, nous avons établi l'ordre suivant dans l'étude de la splénectomie dans ces différentes lésions :

1° La splénectomie dans la splénomégalie leucémique.

2° La splénectomie dans la splénomégalie non leucémique.

Dans ce second groupe nous étudierons successivement la splénectomie dans :

La splénomégalie paludique.

Les splénomégalies avec rate fixe.

Les splénomégalies avec rate mobile.

La torsion du pédicule splénique.

Nous dirons enfin quelques mots de la splénectomie dans la tuberculose, la syphilis et la dégénérescence amyloïde de la rate.

CHAPITRE VI

• De la splénectomie dans la splénomégalie leucémique.

§ 1. — Historique.

Les deux premières observations de splénectomie pour lymphadénie splénique appartiennent à Th. Bryant (1866 et 1867). Son exemple fut suivi par Kœberlé (1867), Watson (1873) et bien d'autres.

C'est Franzolini qui a pratiqué en 1881 la première splénectomie suivie de succès.

M. Jeannel (1881) se déclare opposé à toute splénectomie : « Extirper chez l'homme une rate hypertrophiée, ou atteinte de tumeurs diverses, c'est, dit-il, une entreprise qu'on ose à peine qualifier » (1).

Dans la discussion de la Clin. Soc. of London, en mars 1882 (2), tous les orateurs, sauf Stephen Mackenzie, se prononcent contre l'intervention.

M. Blum (1883), qui rapporte la statistique de Crédé, estime que cette opération, condamnée par la pratique, l'était déjà en théorie. « Il n'est pas plus rationnel, écrit-il, d'enlever une rate leucémique que d'extirper des ganglions atteints d'adénopathie secondaire en respectant la tumeur qui leur a donné naissance » (3).

Gilson (1885) ne note qu'un seul succès, celui de Franzoli, sur les 19 cas de splénectomie qu'il a réunis (4).

Foubert (1886) considère la leucémie comme contre-indiquant la splénectomie, en raison de l'hémorrhagie constante et du résultat fatal de tous les cas (5).

(1) JEANNEL (M.). Pathologie de la rate. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1881, XXX, 486.

(2) Voir *Lancet*, 1882, I, p. 527.

(3) BLUM (A.). *Loco cit.*

(4) GILSON. *Loco cit.*

(5) FOUBERT. *De la splénotomie pour tumeur de la rate*. Thèse Paris, fév. 1886.

Thornton (1886), qui a réuni 13 observations avec 13 morts, déclare que l'on ne doit pas opérer dans ces cas (1).

Tel est aussi l'avis de Wright (1888), qui rapporte 22 observations avec 22 morts (2), et de Spanton (1895), dont la statistique porte sur 25 cas avec une seule guérison (3).

§ 2. — Des troubles causés par la splénomégalie leucémique.

Sans nous étendre sur la symptomatologie de la splénomégalie leucémique, nous rappellerons en quelques mots les principaux troubles causés par cette affection.

Ce n'est parfois qu'une sensation de pesanteur dans l'hypochondre gauche. Dans d'autres cas, le malade se plaint d'une véritable douleur continuelle qui s'irradie vers l'épaule et la région lombaire, et qui s'exaspère à certains moments, sous l'influence de poussées de périsplénite.

La compression et le tiraillement des organes environnants déterminent des vomissements, de la constipation, de la dyspnée, des palpitations. L'individu devient un impotent, souvent condamné au séjour au lit.

A ces troubles, qui dépendent de la splénomégalie, s'ajoutent ceux de la leucémie, à savoir : des hémorrhagies multiples, des symptômes d'anémie, de l'amaigrissement et un affaiblissement conduisant à la cachexie, sans parler des autres manifestations locales de cette affection qui peuvent déterminer, par elles-mêmes, d'autres phénomènes morbides.

Rappelons en passant l'inefficacité constante de toute thérapeutique médicale dans cette affection.

§ 3. — Examen et critique des observations.

Avant de procéder à l'examen des différentes observations de splénectomie pour splénomégalie leucémique que nous avons pu réunir, nous ferons remarquer que, dans bien des cas, nous avons été obligé, pour les placer dans cette catégorie, de nous fonder sur la

(1) THORNTON. *Méd.-chir. transact.*, 1886, 414.

(2) WRIGHT. *Loco cit.*

(3) SPANTON. *Loco cit.*

seule indication de l'existence de la leucémie (1). L'insuffisance des renseignements que renferment les observations à ce point de vue est regrettable, car elle leur enlève une partie de leur intérêt. Il est, du reste, probable que quelques-unes des observations se rapportent plutôt à la pseudo-leucémie qu'à la leucémie vraie, et c'est une des causes qui font que diverses statistiques, pratiquées sur les mêmes bases, présentent des divergences assez accentuées (2).

Nos observations sont au nombre de 29 avec 26 morts (3) et 3 guérisons, ce qui représente une mortalité de 89,7 0/0.

(1) DOUGLAS (R.) (Statistique de la splénectomie, *J. amer. med. assoc.*, 1896, XXVI, 803), faisant la même constatation, notait que sur 36 cas de leucémie dans lesquels on avait enlevé la rate, 7 fois seulement l'observation renfermait l'examen microscopique du sang.

(2) Il serait bien utile de posséder un signe pathognomonique de l'existence de la leucémie vraie. Malheureusement, les auteurs ne s'entendent pas sur ce point. Pour Virchow, la leucémie vraie n'existe que quand le rapport des globules blancs aux globules rouges est inférieur à 1/15. M. HAYEM (*Du sang et de ses altérations anatomiques*, Paris, 1889, p. 380 et 854) dénie toute valeur au rapport des globules blancs aux globules rouges, et considère le chiffre absolu des globules blancs comme ayant seul de l'importance. D'après lui, la leucémie est la seule affection dans laquelle le nombre des globules blancs du sang puisse atteindre un nombre énorme comme 100,000, 500,000 et même davantage. Il serait intéressant de connaître le chiffre minimum de globules blancs permettant d'affirmer la leucémie. Mais, comme le fait remarquer M. Hayem, il est difficile de répondre à cette question, parce que dans certains cas de cancer, exceptionnels il est vrai, on aurait trouvé une augmentation des globules blancs allant jusqu'à 70,000. Il n'en est pas moins certain qu'un nombre semblable de leucocytes permet d'affirmer, presque à coup sûr, l'existence de la leucémie. Les altérations qualitatives des globules sanguins ont aussi leur importance (voir Hayem, p. 856). M. Gilbert estime que, même avec un nombre de globules blancs inférieur à 70,000, on peut affirmer l'existence de la leucémie, quand le sang renferme des leucocytes éosinophiles ou basophiles (A. GILBERT. Lymphadénie et leucémie. *Traité de méd. de Charcot et Bouchard*, 1892, t. II, p. 533 et 534. — VIRES. Diathèse lymphogène. *Gaz. des hôp.*, 11 déc. 1897, p. 1375).

Comme nous l'avons dit, il est probable que beaucoup des cas dits de leucémie, dans lesquels on fit la splénectomie, n'appartiennent pas à la leucémie vraie, affection du reste fort rare. Cette dénomination est donc défectueuse, au point de vue scientifique pur. Elle l'est moins au point de vue chirurgical. Ce qu'il importe en effet, au chirurgien, c'est de savoir que, quand une splénomégalie coexiste avec une augmentation notable des globules blancs et souvent une diminution des globules rouges, l'individu présente un terrain peu favorable à l'acte opératoire, en raison surtout de son hémophilie.

C'est dans ce sens qu'il faut comprendre la leucémie, *au point de vue chirurgical*, ou plutôt *au point de vue opératoire*. Et ainsi placerons-nous dans ce cadre de la leucémie des observations qui, bien que présentées comme y rentrant, devraient en être écartées au point de vue scientifique pur.

(3) Dans ce total est compris le second cas de Burckhardt (obs. 100) dans lequel

A. GUÉRISONS. — Les trois cas de guérison appartiennent à Burckhardt, Franzolini et Hartmann.

Le rapport des G. B. aux G. R. était de 1/105 dans le cas de Burckhardt (obs. 106), de 1/150 dans celui d'Hartmann (obs. 107), les leucocytes étaient cinq fois plus abondants que normalement dans celui de Franzolini (obs. 105) (1). En somme, ce rapport était très faible et l'augmentation des globules blancs peu considérable.

S'agissait-il bien de leucémie vraie dans ces divers cas ? Dans celui d'Hartmann l'examen du sang, fait par Vaquez, montra la présence de quelques cellules éosinophiles ; en outre, les troubles généraux de la leucémie, qui s'étaient amendés pendant quelque temps après l'opération, réapparurent ensuite et les G. R. diminuèrent de nombre. Dans celui de Burckhardt les progrès constants des troubles leucémiques post-opératoires et l'augmentation des G. B. du sang, unis à des hypertrophies ganglionnaire et thyroïdienne, amenèrent la mort en huit mois. Nous avons vu ce qu'il fallait penser du cas de Franzolini.

En somme, nous pouvons conclure qu'il s'agissait de leucémie vraie dans les observations d'Hartmann et de Burckhardt. Mais la faible augmentation du nombre des globules blancs nous montre que la splénectomie s'adressa à des leucémies peu accentuées. Peut-être s'agissait-il de lymphadénies spléniques qui, d'abord aleucémiques, s'étaient compliquées récemment de leucémie, qui s'accrut après l'opération.

L'opération fut relativement facile, en l'absence d'adhérences et de

la mort ne survint que quatre mois après l'opération ; mais il n'y eut aucune amélioration post-opératoire et l'état de la malade continua à s'aggraver.

(1) On a beaucoup discuté sur l'authenticité du cas de Franzolini. H. COLLIER (De la splénotomie. Y a-t-il opportunité à la pratiquer dans la leuco-cythémie ? *Lancet*, 1882, I, p. 219) le considérait comme une hypertrophie simple de la rate. Pour HARRIS (*Obst. soc. of Philad.*, 2 févr. 1888 ; in *N.-Y. med. J.*, t. XLVII, p. 217) la guérison fut due à la faible augmentation des leucocytes. BANTI (La splénomégalie avec cirrhose du foie. *Semaine méd.*, 1894, p. 318) et d'autres classent ce cas dans la splénomégalie de Debove. Il est, en effet, noté dans l'observation de Franzolini que la proportion des G. B. était bien inférieure à ce qui existe normalement dans la leucémie splénique. Malheureusement ce chirurgien ne possédait pas d'hématimètre et ne put établir la proportion exacte.

En conséquence il devient difficile de classer ce cas dans la catégorie de la leucémie splénique. Sa terminaison heureuse et exceptionnelle nous force à lui refuser l'importance qu'aurait présentée un fait bien observé.

la mobilité de la rate dans le cas d'Hartmann. La déchirure d'adhérences étendues détermina dans celui de Burckhardt une hémorrhagie abondante qui prolongea l'opération pendant 2 heures.

Quant aux résultats de ces interventions, ils sont bien intéressants à étudier. Rappelons seulement que l'opérée de Franzolini guérit d'une façon complète et permanente. La malade de Burckhardt présenta une légère amélioration qui ne persista pas ; la leucémie s'accusa de plus en plus et la mort survint huit mois après l'opération. L'amélioration fut très nette dans le cas d'Hartmann. Cependant la leucocytose post-opératoire ne disparut jamais complètement ; et trois ans après apparurent de l'amaigrissement et des hémorrhagies gingivales.

B. MORTS (26). — Dans 14 cas nous ne possédons pas de renseignement sur l'intensité de la leucémie.

Deux fois cette leucémie était légère, puisque le rapport des globules blancs aux globules rouges était de 1/200. Il s'agissait probablement de leucémie vraie, mais de leucémie au début. L'examen de la rate dans le cas de notre maître, M. Folet (obs. 101), montra les lésions typiques de la lymphadénie, et on sait que dans la lymphadénie simple le sang est normal. Dans celui de Burckhardt (obs. 100), les phénomènes leucocythémiques s'accrochèrent de plus en plus et la mort survint quatre mois après l'opération.

Dix fois la leucémie était très accentuée. Les globules blancs étaient plus nombreux que les globules rouges dans les deux cas de Bryant (obs. 78 et 79) ; ils étaient dans le rapport de 1/4 dans celui de Czerny (obs. 87), de 1/5 dans ceux de Burckhardt (obs. 97), Billroth (obs. 82), Blum (obs. 94), de 1/8 dans celui d'Asch (obs. 98), de 1/10 dans celui de Kœberlé (obs. 80), de 1/10 à 1/30 dans celui de Tricomi (obs. 102), de 1/50 dans celui de Park (obs. 96).

Presque tous les malades se plaignaient de vives douleurs, de dyspnée. L'anémie et l'amaigrissement ont été notés dans tous les cas. L'albuminurie était assez fréquente. Le foie était souvent augmenté de volume. Plusieurs fois des hémorrhagies s'étaient produites en divers points de l'organisme. Tantôt l'état général était encore assez bon, tantôt la cachexie était très accentuée.

La relation de l'acte opératoire porte que 17 fois il se produisit une

hémorrhagie, dont on eut de la peine à se rendre maître en raison de son abondance et que dans quelques cas on ne put arrêter (obs. 79, 80, 81).

L'origine de cette hémorrhagie fut ordinairement la libération des adhérences plus ou moins étendues qui reliaient la rate à la paroi abdominale, aux organes environnants et surtout au diaphragme (obs. 79, 80, 85, 87, 90, 94, 95, 100). Fréquemment aussi il s'agit de la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux du pédicule au moment des tractions faites pour extraire la rate de l'abdomen ou pour diviser le pédicule en plusieurs faisceaux. Deux fois l'hémorrhagie fut due à la déchirure de la rate (obs. 91 et 104 inédite). Elle se produisit après la ligature et la section du pédicule splénique dans le cas de Biziel (obs. 92). Dans quelques cas c'est au niveau des lèvres de l'incision abdominale qu'apparut un écoulement de sang très abondant (obs. 87, 92, 100, 102).

Les onze autres observations ne font pas mention de la production d'une hémorrhagie pendant l'opération, ce qui ne veut pas dire qu'elle n'ait pas existé, car beaucoup d'entre elles sont incomplètes.

Dans le seul cas de Browne (obs. 84) est notée l'absence d'hémorrhagie pendant, comme après l'opération. A l'exception de trois cas, sur lesquels nous ne possédons pas de renseignements, une hémorrhagie post-opératoire se produisit dans tous les autres et emporta le malade.

La cause de la mort n'est pas notée dans trois cas (obs. 86, 89, 90). Elle reste douteuse dans trois autres (obs. 84, 91, 95); mais elle fut probablement due au shock et à l'anémie hémorrhagique. Dans tous les autres cas on trouva à l'autopsie une hémorrhagie capable d'expliquer la mort par elle-même, en raison de son abondance, ou ayant suffi à la déterminer en raison de sa production chez un individu déjà affaibli par une perte de sang antérieure, par des manœuvres opératoires prolongées, ou du fait de l'état anté-opératoire.

L'hémorrhagie s'était presque toujours produite au niveau des adhérences déchirées. A plusieurs reprises, on inspecta avec soin les ligatures du pédicule pour reconnaître si l'une d'elle ne s'était pas détachée ou si l'on n'avait pas omis de lier un des gros vaisseaux. On injecta même du liquide dans l'aorte pour rendre la certitude complète. Ce n'est que dans le cas de Billroth (obs. 82) que l'écoule-

ment du liquide se fit au niveau d'une artère que le fil à ligature avait abandonnée. Plusieurs fois on trouva, en même temps qu'une hémorrhagie intra-péritonéale un amas considérable de sang entre les lèvres de l'incision pariétale (obs. 92, 97, 101), ou une infiltration sanguine, parfois abondante de la paroi (obs. 87, 91, 95).

Le poids des rates enlevées fut en général de 3 à 5 kilogrammes.

§ 4. — Valeur de la splénectomie

La splénectomie faite pour mégalosplénie leucémique constitue, comme nous l'avons vu, une opération d'une gravité extrême (87,7 p. 100 de mortalité) (1). Les deux cas de guérison appartiennent à la leucémie au début. Il en résulte exactement que la splénectomie pour splénomégalie compliquée de leucémie accentuée, de leucémie à sa période d'état, a donné une mortalité de 100 p. 100. Ce ne serait que dans la leucocythémie au début que la splénectomie présenterait quelque chance de succès. Nous aurons à nous demander si elle est admissible dans ces conditions.

Quels sont donc les facteurs qui rendent cette opération si fatalement mortelle ? Il n'y en a que deux, qui, du reste, s'unissent presque toujours, se sont : l'hémorrhagie et le *shock*, le premier étant beaucoup plus important que le second.

Nous négligeons à dessein les complications inflammatoires qui ne présentent ici aucun caractère spécial, certains accidents inattendus et indépendants de l'acte opératoire, et même le volume de la rate qui, il est vrai, complique l'intervention, mais qui n'a pas une importance considérable.

Le *shock* est dû au retentissement que détermine sur un organisme déjà affaibli une opération longue et pénible, en raison du nombre et de l'étendue des adhérences périspléniques et de la nécessité de pratiquer une hémostase toujours difficile, sinon impossible. Mais, comme on le sait, cette dénomination a souvent été employée pour cacher l'ignorance de la véritable cause de la mort. Il est probable qu'il s'est parfois agi d'une septicémie et plus souvent d'une hémorrhagie survenue chez un individu affaibli. Dans le même ordre

(1) Les différentes statistiques sont à peu près d'accord sur ce sujet : 100 p. 100 (Thernton et Wright), 96 p. 100 (Spanton), 86 p. 100 (Douglas).

d'idées nous signalerons l'effet néfaste que peut avoir dans ces conditions la soustraction brusque de l'énorme quantité de sang que renferme parfois la rate (jusqu'à deux litres et davantage).

L'hémorrhagie se présente avec une importance considérable puisqu'elle est notée 26 fois sur 29 cas et que, unie au shock, elle a été la cause de toutes les morts. Dans les trois cas où elle a fait défaut, deux fois la guérison a été obtenue, et dans le troisième la cause de la mort n'est pas notée.

C'est tantôt au moment de l'opération, tantôt dans les heures suivantes qu'elle s'est produite. Il est arrivé souvent que dans des cas où l'on croyait s'être rendu maître de l'écoulement sanguin, celui-ci a continué à se faire lentement et a causé un affaiblissement progressif qui s'est terminé par la mort.

L'abondance et le mode de production de cette hémorrhagie ont été parfois tels qu'on n'a pu parvenir à l'arrêter; et le malade est mort sur la table d'opération ou quelques minutes après avoir été transporté dans son lit.

Quant aux sources de cette hémorrhagie, il s'agit ordinairement des vaisseaux des surfaces cruentuées dues à la libération des adhérences périspléniques, ou des vaisseaux du pédicule rompus pendant l'opération. Il n'y a pas à insister sur la chute ou sur l'omission d'une ligature, car ce sont là des accidents qui sont dus à des fautes de technique opératoire et qu'on doit éviter.

Quelles sont donc les causes de cette hémorrhagie? Nous savons que dans l'ablation de toute tumeur abdominale adhérente l'hémorrhagie est fréquente, mais qu'elle n'acquiert pas ce caractère d'abondance et de ténacité que nous constatons dans les cas d'ablation de rates leucémiques. Il y a dans ces circonstances une cause particulière qui aggrave cette hémorrhagie, et qui est due à l'hémophilie des malades atteints de cette affection.

On sait, en effet, que la leucémie est une des causes principales de l'hémophilie. Il est fréquent de noter dans le cours de cette affection des hémorrhagies spontanées diverses, du purpura, des épistaxis, des hémoptysies, des hématomésés, du melæna, des hématuries, des métrorrhagies. Leur abondance peut suffire à amener la mort.

La cause de ces hémorrhagies spontanées réside dans les lésions des vaisseaux et du sang. Les parois vasculaires sont plus friables.

« Les vaisseaux capillaires sont dilatés et remplis par les globules du sang, entre lesquels se distingue un nombre anormal de leucocytes. L'embarras de la circulation, créé par l'augmentation du nombre des leucocytes, peut aller jusqu'à l'arrêt et la coagulation. D'autre part, le sang peut sortir des vaisseaux soit par la rupture des capillaires, soit par la rupture des vaisseaux qui sont le siège d'une fluxion compensatrice liée à la gêne ou à la stase du sang dans les vaisseaux connexes » (Gilbert) (1).

Ces lésions, qui sont capables de déterminer des hémorrhagies spontanées, sont, à plus forte raison, susceptibles de causer des hémorrhagies inquiétantes sous la moindre provocation. Ainsi s'explique que chez les leucémiques la moindre piqûre soit suivie d'un écoulement de sang abondant, que l'extraction d'une dent et l'application de sangsues aient pu entraîner la mort de plusieurs malades par hémorrhagie. Aussi la leucémie est-elle considérée comme une affection rendant dangereuse toute intervention chirurgicale.

Nous avons cité des cas où la simple incision de la paroi abdominale avait déterminé de véritables hémorrhagies. Nous pourrions y joindre celui de Villar (obs. 286), dans lequel, bien qu'on se soit borné à pratiquer la laparotomie et à séparer la surface de la rate des lèvres de l'incision pariétale à l'aide de compresses dans le but de faire une exosplénopexie, un écoulement de sang se produisit à diverses reprises au niveau de la paroi abdominale et entraîna la mort au bout de quelques jours.

Les dangers augmentent encore quand l'intervention porte sur un organe, tel que la rate, modifié profondément par la leucémie et dont les vaisseaux, très dilatés, sont gorgés de leucocytes. On s'explique ainsi que les vaisseaux du pédicule splénique se rompent sous la moindre traction et que l'hémorrhagie produite au niveau des adhérences se caractérise par son abondance et sa persistance. Malgré une hémostase extrêmement minutieuse, portant sur les vaisseaux du pédicule aussi bien que sur ceux de la loge splénique, on n'a pu se rendre maître de l'écoulement sanguin que dans des cas exceptionnels.

En somme, l'existence de la leucémie confère à la splénectomie une gravité considérable, que la constance des résultats doit faire considérer comme absolue.

(1) GILBERT (A.). *Loco cit.*

Or, la cause de cette gravité échappe à tous nos moyens chirurgicaux. Nous sommes impuissants contre elle, et nous ne pouvons espérer que la modification des procédés opératoires nous permettra de la combattre avec succès dans l'avenir. Le pronostic de l'affection ne changera qu'avec la découverte du traitement spécifique de la maladie initiale, c'est-à-dire de la leucocythémie.

En présence de ces résultats et de l'impossibilité de les améliorer, nous porterons avec la plupart des auteurs un jugement très sévère sur cette opération, qui, suivant l'expression de Bryant, est « physiologically unsound and surgically unsafe », et nous la condamnerons d'une façon absolue. Nous dirons donc, avec le professeur Terrier (1), que l'on n'a le droit de pratiquer la splénectomie qu'après s'être assuré par l'examen du sang qu'il n'existe pas de leucémie.

Faut-il étendre cette proscription absolue aux cas de leucémie peu accusée et commençante? C'est ce qu'il nous reste à essayer d'établir.

On peut, a priori et en supposant vraie la théorie qui fait dépendre de la lésion splénique le développement de la leucémie [Stephen Mackenzie (2), Poucel (3)], espérer que par une intervention précoce on parviendra à obtenir la guérison comme on l'obtient dans les cas de lymphadénie splénique aleucémique.

Pour répondre à cette question, nous ne pouvons nous baser que sur l'examen de quatre cas, celui de Folet (obs. 101), les deux de Burckhardt (obs. 97 et 100), celui d'Hartmann (107).

Au point de vue des résultats immédiats, nous trouvons deux guérisons et deux morts, soit une mortalité de 50 p. 100. Il est vrai que l'opéré de Burckhardt n'est mort qu'au bout de quatre mois sans avoir présenté aucune amélioration.

L'examen des résultats éloignés ne nous permet pas, d'autre part, de considérer la splénectomie comme une opération radicale dans la leucémie (voir page 94). Dans le seul cas, en effet, où une amélioration notable et de quelque durée a suivi l'opération, de la leucocytose a persisté, et au bout de trois ans la malade a présenté de l'amaigrissement et des hémorrhagies gingivales (obs. 107).

(1) TERRIER. *Bul. de la Soc. de chir.*, Paris, 1892, p. 679.

(2) STEPHEN MACKENZIE. *Clin. Soc. of London*, 24 mars 1882.

(3) POUCEL. *Loco cit.*, p. 78.

Est-on autorisé dans ces conditions à pratiquer la splénectomie ? C'est ce qu'il serait téméraire de dire dans l'état actuel de la question. L'amélioration très notable, constatée dans le cas d'Hartmann, permet de considérer la splénectomie, faite dans ces conditions, comme une opération palliative. Mais les échecs complets ou les accidents mortels qui peuvent lui succéder en assombrissent notablement le pronostic.

CHAPITRE VII

De la splénectomie dans la splénomégalie paludique.

§ 1. — Historique.

On attribue généralement à Fioravanti (1549) le premier cas de splénectomie pour hypertrophie malarique de la rate. Nous exposons plus loin les raisons qui ne permettent pas de considérer cette observation comme authentique.

C'est Kuchler, le premier, qui pratiqua cette opération en 1855 ; son malade mourut d'hémorrhagie quatre heures après. A la suite de son intervention, Kuchler fit paraître un mémoire qui suscita entre lui et Simon une vive polémique.

La même année, Volney d'Orsay aurait, d'après les auteurs, pratiqué avec succès la même opération. Comme nous le verrons, c'est bien à tort qu'on attribue cette intervention à ce chirurgien.

Le nombre des splénectomies pour mégalosplénie paludique s'étant rapidement multiplié, on s'est occupé d'essayer de fixer les indications et contre-indications de cette opération.

Barrault (1876) déclare qu'on doit absolument s'abstenir de toute intervention chirurgicale à l'égard des hypertrophies secondaires de la rate et n'admet que le traitement médical dans la splénomégalie paludique (1).

Péan (1880) pense qu'il ne faut pas tenter l'extirpation de la rate chez un paludéen, car cette opération est inutile si l'individu est cachectique et peut être avantageusement remplacée par le traitement médical, si l'affection est récente (2).

(1) BARRAULT. *De la splénectomie chez l'homme*. Thèse Paris, 1876.

(2) PÉAN. *Loco cit.*, p. 104.

Jeannel (1881) la considère comme extrêmement grave et thérapeutiquement inutile (1).

Blum (1883) se déclare du même avis (2).

C'est la même note pessimiste que nous retrouvons dans la thèse de Foubert (3), dans le travail d'Heydenreich (4) et dans le rapport de Marchand à la Société de chirurgie en 1892 (5).

Mais, tandis qu'en 1887 Adelman n'avait pu réunir que sept cas de splénectomie avec cinq morts (6), l'année suivante Wright relatait une autre statistique composée de sept cas avec cinq guérisons (7).

Warbasse accuse une mortalité de 40 p. 100 dans cette intervention (8) ; O. Vulpius arrive à la même conclusion (9).

Lieffring, qui n'étudie que la splénectomie dans les cas de rate paludique et mobile, la considère comme justifiée dans ces conditions (10).

Olgianti, qui a pu rassembler 47 observations avec 35 guérisons et 12 morts conclut dans le même sens (11).

Ninni n'admet la splénectomie que dans la torsion du pédicule de la rate ou dans l'ectopie douloureuse, non relevable de la splénopexie à cause du volume de l'organe (12).

Dans différentes publications, Tricomi se déclare partisan convaincu du traitement chirurgical de la splénomégalie paludique (13).

(1) JEANNEL. *Loco cit.*, p. 504.

(2) BLUM. *Loco cit.*

(3) FOUBERT. *De la splénectomie pour tumeur de la rate*. Thèse Paris, fév. 1886.

(4) HEYDENREICH. *De la splénectomie*. *Semaine méd.*, 1887, p. 49.

(5) RAYMOND. Hypertrophie considérable de la rate avec ascite... *Bull. Soc. de Chir.*, Paris, 1892, p. 675. Rap. de MARCHAND.

(6) ADELMANN. *Loco cit.*

(7) WRIGHT. *Loco cit.*

(8) WARBASSE. Quelques remarques sur l'état actuel de la chirurgie et de la physiologie de la rate. *Ann. of Surgery*, Philad., 1894, XX, p. 205.

(9) VULPIUS (O.). *Loco cit.* — 26 cas avec 15 guérisons et 11 morts, soit une mortalité de 42 p. 100.

(10) LIEFFRING. *De l'ectopie de la rate*. Thèse Paris, juil. 1894.

(11) OLGANTI. *Des indications de la splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate*. Thèse Paris, 1896.

(12) NINNI. De la splénectomie. *Rif. med.*, 1876, n° 207 ; in *Abeille méd.*, 1897, p. 63, et *Gazette des hôp.*, 4 fév., 1897.

(13) Voir Index bibliog.

Dans sa récente communication au Congrès de Moscou, Jonnesc o relate 11 observations personnelles avec 8 succès (7).

Nos recherches nous ont permis de réunir 79 cas de splénectomie pour lésion malarique.

§2. — Des troubles déterminés par la splénomégalie paludique.

Ce n'est pas dans les formes aiguës du paludisme que la rate détermine des troubles notables et permanents. C'est dans le paludisme chronique que l'hypertrophie splénique devient, avec l'anémie, un symptôme fondamental. Dans la cachexie palustre, son importance est aussi considérable.

Il arrive cependant qu'à part la gêne déterminée par son volume et par son poids, la rate hypertrophiée ne détermine aucun trouble fonctionnel appréciable ou ne donne lieu qu'à des troubles vagues.

Les malades se plaignent fréquemment d'une sorte de tension douloureuse ressentie dans l'hypochondre gauche, qui survient ou s'exagère pendant les accès fébriles, par la pression des vêtements et quelquefois sous l'influence de la digestion. Les douleurs sont parfois vives sans que la rate soit notablement hypertrophiée (Kelsch et Kiener). Son acuité peut augmenter à tel point que, comme cela est noté dans plusieurs de nos observations, les rateux se trouvent forcés de garder le lit ou condamnés à l'inaction et réclament à tout prix l'opération.

En augmentant de volume, la rate refoule le diaphragme et comprime les organes abdominaux.

La péricapnité, qui se développe bientôt et qui est une cause de douleurs, détermine la production d'adhérences entre la rate et les organes voisins.

La compression des divers organes, due au volume de la rate, et leur tiraillement, produit par les adhérences, entraînent des troubles parfois considérables dans leur fonctionnement et atteignent leur maximum lorsque la rate est en ectopie. De là la dyspnée, à flatulence, l'anorexie, les vomissements, l'atonie intestinale, la constipation qui a parfois été jusqu'à l'occlusion intestinale, les compres-

(7) JONNESCO. *Lédo. vlt.*

sions vasculaires qui expliquent l'ascite et l'œdème des membres inférieurs.

Les troubles généraux, anémie, faiblesse, si fréquents dans le paludisme chronique, et surtout marqués dans la cachexie palustre, relèvent de l'intoxication par le miasme paludique. Cependant, comme nous le verrons, la lésion splénique semble jouer un certain rôle dans leur développement.

La mégalosplénie malarique constitue donc une affection sérieuse, capable de devenir la source de grands dangers. Sans doute, elle menace rarement par elle-même la vie du malade. Sans doute aussi, elle n'est pas la cause de tous les troubles qu'on observe chez les paludiques ; mais elle est capable de déterminer, outre les accidents que nous avons signalés plus haut, des complications graves dues à la torsion du pédicule, à la rupture de la rate, à la production d'infarctus et d'abcès spléniques. Rappelons enfin qu'il y a des paludiques qui, en fait de paludisme, ne sont malades que de leur rate.

§ 3. — Du traitement médical dans la splénomégalie paludique.

On sait l'importance que possède l'administration de la quinine, sous forme de sulfate, de chlorhydrate, de sulfovinat, etc., dans le traitement du paludisme aigu. Piorry n'affirmait-il pas, avec quelque exagération, « qu'il suffisait de mettre un peu de sulfate de quinine dans la bouche d'un paludéen pour voir quelques instants après l'hypersplénie s'amender » ?

Dans l'hypermégalie du paludisme chronique et de la cachexie palustre la quinine ne peut être utilisée qu'en pure perte, comme déjà l'avait fait ressortir le professeur Laneran en 1886. Elle doit céder le pas aux moyens toniques qui forment la base de la médication.

En tête de ces moyens se place l'emploi du quinquina et aussi de l'arsenic, qui semble susceptible d'amener la diminution du volume de la rate.

On a conseillé de leur adjoindre l'hydrothérapie. Kelsch et Kiener considèrent cette méthode thérapeutique comme d'une application délicate (1).

(1) KELSCH et KIENER. *Traité des maladies des pays chauds*. Paris, 1889, p. 874.

Quant aux autres traitements proposés contre l'hypertrophie splénique, nous nous contenterons de les citer, car leur efficacité reste douteuse. Tels sont les révulsifs qui sont dangereux quand ils déterminent une plaie, l'application d'une vessie de glace, l'électricité faradique recommandée par Mosler et Botkin (1), les injections intra-parenchymateuses d'acide phénique à 1/20, de liqueur de Fowler, d'ergotine (obs. 270), de strychnine (obs. 265), auxquelles on attribue des succès merveilleux dont il est permis de douter.

En somme, il n'y a qu'une sorte de traitement médical qui semble agir sur l'hypertrophie splénique en même temps que sur l'affection causale, c'est le traitement tonique à base de quinquina et d'arsenic.

L'efficacité de cette thérapeutique est loin d'être constante. « Dans la période du début, purement congestive, le retour à l'état normal de la rate et aussi du foie souvent hypertrophié, et parallèlement la restauration des fonctions hématopoïétiques qui relèvent de ces organes peuvent être obtenus progressivement. Il n'en saurait être de même si à l'hyperhémie chronique se sont associées des lésions hyperplastiques ; la résolution de ces lésions est toujours lente, elle ne s'obtient qu'au prix d'une médication prolongée et variée » (Kelsch et Kiener) (2).

Nombreux sont aussi les cas où les résultats de cette thérapeutique sont insuffisants ou nuls, et on verra, en parcourant nos observations, que c'est souvent après l'échec du traitement médical que le chirurgien se résolut à l'opération radicale.

En présence de l'inutilité ou de l'insuffisance de ce traitement, a-t-on le droit de tenter l'ablation de la rate ? C'est le point que nous essaierons d'élucider.

(1) La faradisation aurait donné des succès à KELSCH (Nouvelle contribution à l'anat. path. des mal. palud. endémique. *Arch. de physiol.*, Paris, 1876, p. 490) et à WASSILJEW (Un cas de dislocation de la rate. *Petersburger med. Woch.*, 1878, n° 40; in *Gaz. méd. de Paris*, 1879, p. 434) ; mais elle déterminait des épistaxis à chaque séance et dut être suspendue dans un cas de Meerovith (voir obs. 140) et ne donna aucun résultat dans un second cas du même auteur (voir obs. 141).

(2) KELSCH et KIENER. *Loco cit.*, p. 374.

§ 4. — **Examen et critique des observations de splénectomie** (1).

Sur les 79 cas que nous avons réunis nous notons :

23 morts.

56 guérisons.

Soit une mortalité de 29 p. 100.

Huit fois il s'agissait de rates à pédicule tordu (obs. 256, 259, 260, 263, 265, 267, 268, 270). Il y eut 5 guérisons et 3 morts. Dans un cas (obs. 50), dont nous nous sommes déjà occupé, la rate flottait dans le pus d'un abcès péri-splénique.

En raison de leurs conditions spéciales, ces cas doivent être étudiés à part, bien que dans trois d'entre eux (obs. 256, 265, 270) la torsion de la rate n'ait déterminé aucun trouble spécial.

Il reste ainsi 70 cas de splénectomie avec 20 morts et 50 guérisons, ce qui représente une mortalité générale de 28,5 p. 100.

A. MORTS (20). — Dans tous les cas, sauf dans trois ou quatre, l'état général était très mauvais ; il existait de l'amaigrissement considérable, de la cachexie, parfois de la fièvre, des douleurs intenses.

Dix fois la présence d'adhérences détermina des difficultés opératoires, qui devinrent considérables dans les cas de Chiarleoni (obs. 110), de Kammerer (obs. 123), de Meerovitch (obs. 122) et de Jonnesco (obs. 126 et 128). La libération de ces adhérences causa une hémorrhagie en nappe plus ou moins abondante et qui prolongea l'acte opératoire. Dans les deux cas de Jonnesco les adhérences étaient si fortes qu'on déchira le diaphragme et la plèvre. Deux fois la rate se déchira sous les tractions destinées à l'extraire de l'abdomen (obs. 111 et 120).

La veine splénique se rompit dans le cas de Podrez (obs. 115). L'une des veines du pédicule se déchira dans celui de Kammerer (obs. 124).

Hatch nota une hémorrhagie notable au moment où il sectionna la paroi abdominale (obs. 117).

(1) Nous n'avons pas compris dans ce total l'observation de Fioravanti (obs. 278) qui reste douteuse, ni celle de Volney (obs. 287) qui concerne une laparotomie exploratrice pour mégalosplénie paludique.

Onze fois la mort fut due à l'hémorrhagie opératoire ou post-opératoire. Cinq fois elles s'étaient produites au niveau des surfaces cruentées dues à la déchirure des adhérences pendant l'opération. Une fois elle avait été due à la chute d'une ligature (obs. 111). La rupture d'une veine du pédicule et la libération des adhérences en furent la cause dans le cas de Kammerer (obs. 124). C'est l'omission d'une ligature sur une branche de l'artère splénique qui détermina la mort dans celui de Kuchler (obs. 108).

L'hémorrhagie intra-pleurale, qui succéda à la déchirure de la plaie, amena la mort d'un des opérés de Jonnesco (obs. 128).

C'est la septicémie péritonéale ou la péritonite qu'on dut accuser quatre fois (obs. 109, 113, 120, 126).

La mort fut attribuée au shock dans le cas de Tricomi (obs. 124), au shock et à l'anémie hémorrhagique dans celui de Meerovitch (obs. 122).

L'opéré de Podrez succomba au bout de 35 jours. A l'autopsie on constata des lésions de péritonite chronique et de néphrite (obs. 115).

L'hypertrophie splénique était compliquée de pleuro-péritonite tuberculeuse dans l'un des cas de Jonnesco (obs. 127).

Les rates enlevées étaient presque toutes volumineuses. Leur poids variait de 1.030 à 5.790 grammes.

B. — GUÉRISONS (50). — L'état général des malades était mauvais dans tous les cas. Quelques-uns étaient de véritables cachectiques. Tous se plaignaient de vives douleurs.

L'examen du sang montra l'existence d'une leucocytose ; peu accusée dans les cas d'Assaky (1), de Douglas (2) et de Jonnesco (3), très marquée dans celui de Ruggi (4), simplement notée dans ceux de Mac Lane Tiffany (obs. 154), de Montenovesi (obs. 147), de Postempski (obs. 161), de Putti (obs. 132).

Vingt-sept fois l'opération fut facile en raison de l'absence ou de la faible étendue des adhérences. Il s'agissait presque toujours de rates mobiles, dont le pédicule long fut facilement lié.

(1) Obs. 136. Un G. B. : 100 G. R.

(2) Obs. 165. Un G. B. : 122 G. R.

(3) Obs. 175. Un G. B. : 250 G. R.

(4) Obs. 142. Un G. B. : 12 G. R.

Dans cinq des dix cas sur lesquels nous manquons de renseignements la rate est notée comme étant mobile. Nous pouvons en conclure que l'opération fut facile dans 31 cas.

Dans treize cas l'opération présenta des difficultés variables, considérables dans ceux d'Assaky (obs. 136), de Paine (obs. 152) et surtout de Jonnesco (obs. 178). Presque toujours ces difficultés furent dues à l'étendue et à la multiplicité des adhérences pariétales intestinales, rénales et surtout diaphragmatiques. Dans le cas de Ninni c'est le volume de la rate qui compliqua l'intervention (obs. 167). Dans ceux de Meerovitch (obs. 140) et de Postempski (obs. 161) la veine splénique rompue donna un écoulement abondant de sang. Douglas dut faire plusieurs ligatures au niveau des lèvres de l'incision abdominale pour arrêter l'hémorrhagie qui s'était produite à ce niveau après l'ablation de la rate (obs. 165).

Le poids de la rate varia de 675 gr. à 5.760 gr.

Sur les 38 cas dont les suites opératoires nous sont connues, nous notons qu'elles furent très simples dans 27 d'entre eux. Cinq fois apparurent des phénomènes d'infection : réaction péritonéale (obs. 165 et 166), suppuration de la plaie (obs. 176), phénomènes inflammatoires tardifs et expulsion d'un fil de ligature par les bronches (obs. 133), poussée inflammatoire du côté du pédicule avec état général inquiétant (obs. 143). Les lèvres de la plaie se désunirent spontanément le 1^{er} jour à la suite d'un accès de toux chez l'opéré de Mac Graw (obs. 133), après l'ablation des sutures chez celui de Jonnesco (obs. 171); cet accident, auquel on para aussitôt en resuturant la paroi, n'eut aucune suite fâcheuse. Des complications pulmonaires ou pleurales se produisirent dans les cas de Ceci (obs. 156), de Jonnesco (obs. 174), de Harkœ (obs. 155).

Nous ne mentionnons les troubles de leucocytose post-splénectomiques que pour signaler le phénomène contraire qui se produisit dans le cas de Montenovesi, où les troubles pré-opératoires de pseudo-leucémie disparurent après l'intervention (obs. 147).

La guérison se maintenait complète chez tous les malades qu'on put revoir 2 mois, 5 mois, 6 mois (2 fois), 7 mois (2 fois), 8 mois (2 fois), 9 mois, un an (7 fois), un an et demi, 2 ans (2 fois), 4 ans (2 fois) après l'opération. Les douleurs avaient complètement disparu et l'état général s'était amélioré d'une façon notable. Deux

fois les opérées devinrent enceintes et accouchèrent à terme (obs. 129 et 142).

Dans sept cas on nota la persistance des accès de fièvre intermittente.

Chez le malade de Ninni (obs. 167) l'état général s'aggrava de plus en plus et aboutit rapidement à la mort. Il ne s'agit donc ici que d'une simple guérison opératoire.

§ 5. — Valeur de la splénectomie.

Le taux de la mortalité dans la splénectomie pour splénomégalie paludique (28,5 p. 100) nous montre qu'il s'agit d'une opération grave mais non fatalement mortelle, comme on le croyait autrefois.

Ce chiffre est du reste trop élevé. Si l'on examine les résultats donnés par la splénectomie suivant les périodes, on constate qu'avec les progrès de l'antisepsie et le perfectionnement du manuel opératoire, la mortalité de cette opération s'est abaissée progressivement, pour ne plus être aujourd'hui que de 19 p. 100.

Avant 1880...	2 cas :	2 M.	=	100 p. 100 de mortalité
De 1881 à 1885...	6 — :	5 M. 1 G.	=	83,3 p. 100 —
De 1886 à 1890...	20 — :	6 M. 14 G.	=	30 p. 100 —
De 1891 à 1897...	42 cas :	8 M. 34 G.	=	19 p. 100 — (1)

Dans la plupart des cas l'opération ne présente pas de notables difficultés. Il suffit de faire une incision suffisamment longue et au

(1) Si l'on recherche les causes des 8 morts survenues de 1891 à 1897, on trouve :
3 fois l'hémorrhagie.

1 — — — et le shock.

1 — l'affaiblissement qui amena la mort 60 jours après.

1 — une hémorrhagie intra-pleurale par déchirure de la plèvre.

1 — une péritonite tuberculeuse concomitante.

1 — — — par ouverture accidentelle de la plaie.

Ces deux derniers cas ne devant pas être mis directement à l'actif de la splénectomie, on voit que le pronostic de la splénectomie dans la malaria s'est, grâce à la disparition des complications inflammatoires, amélioré à tel point que le taux de la mortalité n'est plus que de 15 p. 100.

M. Jonnesco (*Congrès de Moscou, 1897*), aboutit à des conclusions analogues qu'il fonde sur l'examen de 36 observations examinées de 1891 à 1896; mais une erreur de calcul lui fait dire que la mortalité est de 15,4 p. 100, alors que par l'examen de ces 36 cas (12 guérisons et 3 morts) il aurait dû conclure à une mortalité de 20 p. 100.

besoin de lui adjoindre une contre-incision transversale, de façon à avoir un large accès sur la tumeur splénique.

La présence de quelques adhérences complique peu l'acte opératoire. Mais ce qui le facilite beaucoup c'est l'existence d'une ectopie splénique, à condition que la rate n'ait pas contracté d'adhérences considérables. Dans ces circonstances l'organe à enlever se trouve dans une région facilement accessible, est libre et possède un pédicule allongé et peu large. C'est à la même conclusion qu'arrive Olgia ti qui sur les 47 cas qu'il a réunis, obtient une proportion de succès de 74 p. 100, qui s'abaisse à 59 p. 100 si l'on défalque les cas d'ectopie (1).

À côté de ces cas, qui sont les plus fréquents, il y a ceux qui se caractérisent par les difficultés opératoires qu'ils présentent.

Nous ne ferons que rappeler l'influence néfaste que peut avoir sur le pronostic de la splénectomie la coexistence d'une autre affection, telle qu'une péritonite tuberculeuse. Nous n'avons pas, d'autre part, à insister sur les complications d'infection qui peuvent survenir, mais qui, bien que n'acquérant ici aucun caractère spécial, doivent entrer en ligne de compte pour permettre de porter un jugement exact sur cette intervention.

Nous avons dit au chapitre précédent ce qu'il fallait entendre sous le nom de shock, si facilement invoqué pour expliquer les morts dont la cause échappe.

Le véritable danger de la splénectomie est constitué par l'hémorrhagie qui, notée dans un tiers des cas environ, fut la cause de près des deux tiers des cas de mort.

La source ordinaire de cette hémorrhagie est constituée par la déchirure des adhérences qui réunissent la rate à la paroi abdominale, aux organes environnants et surtout au diaphragme. Nulle ou insignifiante quand ces adhérences sont molles et peu étendues, elle devient abondante et dangereuse dans le cas contraire, en particulier quand les manœuvres d'extraction de la rate ont amené la déchirure de cet organe. Parfois c'est à la rupture de la veine splénique ou d'une des veines du pédicule qu'elle fut due. Moins grave est l'hémorrhagie qui succède à la chute ou à l'omission d'une ligature, parce que ce sont là des accidents qu'on doit parvenir à éviter par des soins minutieux d'hémostase.

(1) OLGIA TI : *Loco cit.*, p. 11.

Ce qui augmente souvent la gravité de cette hémorrhagie, c'est son abondance et la difficulté qu'on éprouve à s'en rendre maître, c'est aussi sa reproduction dans les heures qui suivent l'opération. Il y a là pour elle un caractère spécial, qui est dû au terrain hémophilique que constitue le paludisme, au même titre que la leucémie, quoique à un moindre degré.

On sait que le paludisme chronique et surtout la cachexie palustre constituent une des causes importantes d'hémophilie. En l'absence de tout traumatisme, les hémorrhagies sont fréquentes dans le cours de cette affection et graves par leur répétition incessante. Elles se produisent par les voies les plus diverses ; mais c'est au niveau de la muqueuse nasale et du tissu cellulaire sous-cutané qu'elles sont surtout fréquentes.

Ordinairement d'origine capillaire, elles reconnaissent pour conditions déterminantes l'hydrémie et la fragilité ou la perméabilité anormale des parois des petits vaisseaux. (Kelsch et Kiener). L'atteinte profonde portée à la nutrition des parois vasculaires explique que la résistance des troncs plus volumineux soit affaiblie et que le moindre traumatisme les rompe.

Rien d'étonnant donc à ce que les vaisseaux déchirés saignent plus facilement et plus abondamment que d'habitude, que, sous l'influence de simples tractions ou du moindre traumatisme, les vaisseaux du pédicule se déchirent, et qu'on éprouve de grandes difficultés à assurer l'hémostase. Verneuil ne considérerait-il pas les antécédents paludéens comme pouvant constituer une contre-indication à certaines interventions chirurgicales, en raison du danger des hémorrhagies chez ces individus ? (1).

L'hémophilie paludique constitue donc la véritable cause de dangers dans les manœuvres qu'on est forcé de pratiquer pour enlever une rate hypertrophiée. Il faudra compter avec elle quand on entreprendra l'énucléation de cet organe.

On doit toutefois se garder de croire qu'elle constitue une source de

(1) VERNEUIL. Les indications et contre-indications opératoires chez les sujets atteints de maladies constitutionnelles. *Rev. de méd. et de chir.*, 1880. — P. BERGER. *De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques*. Thèse d'agrég., 1875, p. 118. — DÉRIAUD. *Influence réciproque de l'impaludisme et du traumatisme*. Thèse Paris, 1868.

périls inévitables et qu'elle contre-indique de ce fait toute tentative de splénectomie. Il suffit de se reporter aux observations pour se rendre compte qu'une telle conclusion serait exagérée. Dans bien des cas l'opération a été exsangue, dans d'autres l'hémorrhagie a été peu considérable, dans d'autres enfin la perte de sang, bien qu'importante, n'a pas mis en danger la vie du malade.

On pourrait croire que l'influence néfaste du terrain paludique, dont nous venons d'étudier la principale manifestation, s'exerce aussi dans la diminution de résistance de l'individu à l'acte opératoire. Cette crainte est rarement fondée. On est, en effet, frappé, à la lecture des observations, de ce fait que la splénectomie a été pratiquée avec succès chez des paludéens anémiés, amaigris et souvent chez de véritables cachectiques. Malgré ces conditions mauvaises, on était intervenu, parce qu'il était certain que la mort serait survenue rapidement chez ces individus dont la vie était devenue insupportable en raison des douleurs, et parce que le traitement médical, longtemps prolongé, avait été inutile. Non seulement ces malades supportèrent l'opération, mais ils se remontèrent peu à peu ; les douleurs disparurent et la guérison fut souvent complète.

Voilà des faits, actuellement nombreux, qui ont une autre valeur que ceux où, malgré la splénectomie, la cachexie s'accentua et amena la mort quelque temps après. Aussi ne peut-on trouver dans l'état général du malade, à moins qu'il s'agisse du dernier degré de la cachexie, une contre-indication à l'intervention. Même avec un état très mauvais, qui faisait présager une mort rapide, on a obtenu de nombreux succès.

Avec les restrictions nécessitées par la possibilité des accidents opératoires ou post-opératoires que nous avons cités, il est certain que l'on possède dans la splénectomie un moyen très efficace contre les troubles que détermine la mégalosplénie paludique.

A côté des phénomènes morbides qui dépendent de l'augmentation de volume de la rate, il en est d'autres qui paraissent en être indépendants et qui sont considérés comme dus à l'infection paludique. Or, nous voyons que dans la plupart des cas la guérison a été parfaite après la splénectomie et que la cachexie a complètement disparu.

« Aucun des symptômes, disait M. Marchand il y a quelques années, dont l'ensemble constitue l'appareil symptomatique des splénoméga-

lies vraies ne semble devoir être influencé d'une façon décisive par l'ablation totale du parenchyme liéal » (1). Les faits sont venus infirmer cette opinion, généralement admise, qui considère la splénectomie comme ne pouvant agir que sur les phénomènes d'ordre mécanique dus à l'hypertrophie de la rate.

Par quel mécanisme la splénectomie détermine-t-elle un résultat aussi inattendu ? Comment ses effets favorables peuvent-ils s'étendre à la cure ou au moins à l'amélioration de l'infection paludique ?

M. Laveran estime que la rate malarique, « ce repaire du paludisme », est plus funeste qu'utile à l'organisme, malgré les phénomènes de phagocytose dont elle est le siège. C'est dans son intérieur que se cantonne en dehors des accès l'hématozoaire de la malaria. Aussi la splénectomie, qui supprime cet organe, a-t-elle, suivant M. Laveran, une action certaine sur l'infection paludique elle-même, qu'elle ne guérit pas, mais qu'elle atténue (2).

De cette action favorable, mais non curatrice, de la splénectomie dans l'infection malarique nous concluons que le paludéen, qui a retiré un grand bénéfice de cette opération, reste sous le coup de cette infection, atténuée, mais non disparue. Ce fait, prouvé par les nouveaux accès de fièvre intermittente qui ont été notés à plusieurs reprises chez des individus splénectomisés, et qui ne permet pas de considérer le paludisme comme dû à la lésion de la rate, entraîne la nécessité de continuer chez les opérés l'usage du traitement tonique, à base de quinquina et d'arsenic, dont nous avons signalé les bons effets.

Conclusions.

En présence d'une splénomégalie paludique récente ou ancienne, le premier soin du médecin doit être d'administrer à dose suffisante le traitement spécifique et tonique.

Si cette thérapeutique, continuée pendant quelque temps, ne donne pas de résultat appréciable, ou si, malgré la diminution du volume de la rate, les douleurs et les troubles persistent, on trouvera dans ces faits une indication à la splénectomie.

(1) MARCHAND. *Loco cit.*, p. 678.

(2) LAVERAN (A.). Du rôle de la rate dans le paludisme. *Bul. de l'Acad. de méd.*, 16 fév. 1897.

La crainte justifiée des accidents (torsion), ruptures, abcès spléniques, occlusion intestinale, etc.), qu'on observe dans les cas d'hypertrophie splénique, est une autre raison qui doit pousser à l'intervention comme seul moyen de les prévenir.

L'existence de la mobilité et surtout de l'ectopie de la rate constitue un facteur de pronostic favorable, car elle permet d'espérer que l'opération sera facile et les risques peu considérables. « Dans ces conditions, dit M. Jonnesco, le nombre des guérisons doit se chiffrer par celui des interventions (1). »

Il est indiqué d'intervenir *dès que* l'inutilité du traitement médical aura été reconnue. On se mettra ainsi dans de meilleures conditions de réussite. La résistance de l'individu au choc opératoire est plus considérable, et son hémophilie est d'autant moins accusée que l'intoxication est moins profonde.

On ne devra jamais entreprendre une intervention de ce genre sans avoir exposé au malade ou à son entourage les avantages et les dangers que présentent l'abstention et l'opération. Le malade doit prendre sa part de responsabilité dans le parti à prendre.

Au point de vue des contre-indications de l'intervention, les auteurs sont, en général, d'accord sur les quatre suivantes : la cachexie, la leucémie, le trop grand volume de la tumeur, les adhérences trop étendues. Nous croyons que ces conclusions sont trop absolues.

La gravité du pronostic de l'affection abandonnée à elle-même et les troubles considérables qu'elle détermine autorisent, comme nous l'avons dit, certaines tentatives qui, dans d'autres circonstances, pourraient sembler téméraires. Nous sommes donc d'accord avec M. Jonnesco pour déclarer qu'un état général mauvais ne constitue pas une contre-indication à l'intervention. Ce n'est que dans les cas où l'on aura conscience que le malade est incapable de supporter l'opération qu'on s'abstiendra, tout en se réservant de changer d'avis si cet état s'améliorait suffisamment sous l'influence du traitement tonique.

L'existence de la leucémie ne nous semble pas avoir, dans les cas que nous étudions, une importance bien considérable. Sur les 3 cas où le nombre des G. B. était notablement augmenté, nous notons 2 morts

(1) JONNESCO (Th.). De la splénectomie. *Progrès méd.*, 1897, p. 178.

et une guérison. Il est, du reste, probable qu'il ne s'agissait pas là de leucémie vraie, mais d'une simple leucocytose. Les rapports de la leucémie et du paludisme sont, en somme, mal connus.

Le volume de la rate n'est pas indifférent au point de vue du pronostic opératoire ; mais il ne constitue pas une cause de contre-indication à l'intervention, contrairement à ce qu'avaient autrefois soutenu Péan, Vulpius et Adelman, pour qui les rates de 3 à 4 kilogr. devaient être respectées.

L'immobilité bien constatée de la masse splénique sera surtout à considérer et devra toujours faire craindre l'existence d'adhérences nombreuses et résistantes, qu'on pourra, en outre, soupçonner dans les cas où des poussées de péritonite se seront produites.

Faut-il considérer cette immobilité, constatée par les seules ressources de la clinique, comme constituant une contre-indication opératoire ? Nous ne le pensons pas. L'existence d'adhérences étendues n'est que probable ; l'immobilité de la rate peut n'être due qu'à son enclavement. Le seul moyen que nous possédions de résoudre la question de la possibilité de l'ablation de cet organe, c'est de pratiquer la laparotomie. Alors seulement nous pourrons juger si l'abstention est préférable à l'intervention.

Si l'on se décide pour l'intervention, on agira avec toutes les précautions nécessaires pour éviter toute perte importante de sang, et, si à un certain moment on craint que la vie du malade soit mise en péril par la continuation de l'opération, on devra savoir s'arrêter. Peut-être, dans ces conditions, la laparotomie, restée simplement exploratrice, n'aura-t-elle pas été inutile, comme nous le montrerons plus loin.

La splénectomie doit-elle être employée comme traitement préventif de l'infection malarique ?

Se basant sur la bénignité relative de la splénectomie, les résultats excellents qu'elle donne dans la splénomégalie paludique et la disparition des symptômes de cachexie qu'elle détermine, M. Jonnesco (1) a récemment proposé l'extirpation de la rate comme traitement préventif de l'infection malarique avec menace de cachexie.

(1) JONNESCO. De la splénectomie. *Congrès intern. des sc. méd.* Moscou, août 1897.

Ce ne serait donc pas seulement contre les grosses rates, sources de douleurs et de troubles de compression, qu'on aurait à intervenir ; mais aussi dans les cas de rate peu développée sans symptômes locaux importants.

La splénectomie deviendrait ainsi un véritable *traitement radical du paludisme*.

A ce stade de l'infection malarique, le traitement médical est souvent suffisant à faire disparaître tous les troubles. Il n'y a donc pas de raison pour lui substituer systématiquement une thérapeutique dont l'efficacité est en somme douteuse, et qui présente par elle-même une certaine gravité.

CHAPITRE VIII

De la splénectomie dans les splénomégalias leucémiques et non paludiques.

Dans ce groupe complexe des splénomégalias, non leucémiques et non paludiques, indivisible au point de vue clinique, nous comprendrons : les tumeurs dites congestives, qui sont parfois secondaires à l'ectopie de la rate, les splénites chroniques (sauf la splénite paludique), les lymphadénies spléniques aleucémiques, typiques ou atypiques (lympho-sarcome) (1), les tumeurs fibreuses, l'épithélioma primitif (2). Nous décrirons à part la tuberculose, la syphilis et la dégénérescence amyloïde.

L'existence ou l'absence de la mobilité et de l'ectopie de la rate hypertrophiée ont une telle importance au point de vue des facilités ou des difficultés opératoires et du pronostic de l'intervention que nous avons cru indiqué de séparer complètement l'étude de la splé-

(1) Voir à ce sujet : BANTI. Dell' anemia splenica. Florence, 1882. — JAKSCH(V.). Ueber Leukaemie und leukocytose im Kindesalter. *Wien. klin. Woch.*, 1889, nos 22 et 23. — JAKSCH. Ueber die Diagnose und Therapie der Erkrankungen der Blutes. *Prager med. Woch.*, 1890. — LUZET. *Etude sur les anémies de la première enfance et sur l'anémie infantile pseudo-leucémique*. Thèse Paris, 1891. — LUZET. De la mégalosplénie rachitique. *France méd.*, 1891, 771. — BRUHL. De la splénomégalie primitive. *Arch. gén. de méd.*, juin 1891, p. 673. — DEBOVE et BRUHL. Idem. *Soc. méd. des hôp.* Paris, 1892, p. 596.

(2) Il n'existe que deux cas authentiques d'épithélioma de la rate : celui de Gaucher, qui a servi de type à la description de cette affection qu'on dénomme encore « maladie de Gaucher », et celui de notre maître, M. Bouilly. Dans ce dernier seul on pratiqua la splénectomie. A l'occasion de ce cas, MM. PICOU et RAMOND (Splénomégalie primitive et épithélioma primitif de la rate. *Arch. de méd. experim. et d'anat. path.*, 1896, t. VIII, p. 168) ont soutenu qu'il s'agissait bien d'un épithélioma. M. CORNIL, au contraire, n'admit pas l'existence de l'épithélioma primitif de la rate et déclara qu'il s'agissait d'une hypertrophie splénique primitive. (*Bull. de la Soc. anat.*, Paris, 1895, p. 531).

nectomie pour rate cliniquement fixe de la splénectomie pour rate mobile ou ectopique.

Nous préférons cette division à celle qui met seule à part l'ectopie de la rate.

Il est, en effet, difficile de déterminer où finit la simple mobilité et où commence la véritable ectopie; et, en somme, c'est la notion de l'absence de fixité de la rate qui acquiert surtout de l'importance.

Nous admettons cependant que le pronostic opératoire est d'autant meilleur que la rate est plus ectopiée.

Toutefois nous reconnaissons que notre division est sujette à la critique. La constatation clinique de la mobilité ou de l'ectopie splénique ne permet pas de conclure à l'absence certaine d'adhérences réunissant l'organe ectopié à d'autres organes mobiles, tels que l'estomac et l'intestin. Elle n'en a pas moins une grande valeur à ce point de vue. Aussi croyons-nous que, malgré ses imperfections, elle répond assez bien aux différents faits qu'on observe dans la pratique.

Splénomégalie avec rate fixe.

Beaucoup d'individus porteurs de grosses rates n'en éprouvent aucune gêne. D'autres ressentent dans l'hypochondre gauche de la pesanteur, quelques douleurs fugaces : mais, en somme, ce ne sont pas des malades : ils font bon ménage avec leur rate hypertrophiée.

Il n'en est pas toujours ainsi ; et on peut voir survenir toute la série des troubles douloureux et fonctionnels que nous avons rappelés à propos des splénomégalies leucémiques et paludiques. L'état général des malades est ordinairement moins mauvais que dans ces deux cas.

Nous n'avons pas à nous occuper de ces splénomégalies latentes, qu'il faut soigner pour éviter qu'elles deviennent l'origine de troubles, mais qui ne relèvent pas de l'intervention chirurgicale. Il n'en est pas de même de ces splénomégalies douloureuses et fonctionnellement graves. Trop souvent le traitement médical (toniques, arsenic, hydrothérapie) est impuissant à faire disparaître l'hypertrophie splénique qui agit par son volume et les adhérences péricapsulaires dont les tiraillements sont la cause des douleurs.

C'est dans ces conditions qu'on peut penser à recourir à l'intervention chirurgicale, souvent réclamée par les malades.

§ 1. — Examen et critique des observations de splénectomie.

Sur les 40 cas (1) que nous avons résumés, nous trouvons :

11 guérisons,

28 morts,

1 résultat inconnu (obs. 179).

Soit une mortalité de 72 p. 100.

(1) Dans les cas de splénomégalie où la notion de la mobilité ou de l'immobilité de la rate ne se trouvait pas, nous avons considéré qu'il s'agissait de rates fixes, que nous avons donc rangées dans cette catégorie.

A. — MORTS (28). — Nous sommes assez pauvres en documents sur l'état des malades avant l'opération. Il existait des douleurs, rendant parfois la vie insupportable, de l'amaigrissement, de l'anémie, des troubles de compression (dyspnée, ascite).

Dans six cas (188, 191, 192, 193, 197, 199) existaient des adhérences réunissant la rate soit à la paroi abdominale, soit à l'intestin ou à l'épiploon, soit au diaphragme. Il en résulta des difficultés considérables, surtout quand les adhérences phréno-spléniques étaient étendues. Leur libération détermina toujours une hémorrhagie abondante, qui dans un cas (obs. 193) ne put être arrêtée complètement et qui fut toujours la cause principale ou adjuvante de la mort, sauf dans le cas d'Orlowski (obs. 192).

Trois fois l'hémorrhagie fut due à une déchirure de la rate (obs. 204 inédite, 205, 206 inédite), que le bistouri entama par erreur au moment de l'incision de la paroi abdominale chez l'opéré de Delétrez (obs. 205). M. Tuffier trouva dans l'immobilité de la tumeur splénique et la hauteur du pédicule des difficultés opératoires considérables (obs. 206).

La rupture des vaisseaux qui sillonnaient la surface de l'organe détermina une hémorrhagie peu considérable dans le cas de Spanton (obs. 190).

Spencer Wells causa une rupture de la veine splénique en tordant le pédicule pour faciliter sa ligature (obs. 181).

Ce n'est que dans quatre cas (obs. 180, 200, 201, 207 inédite) que l'opération est notée comme ayant été très facile. Urbinati accuse, au contraire, des difficultés considérables (obs. 183).

Nous manquons de renseignements sur l'acte opératoire dans les autres cas.

Le poids des rates enlevées fut en moyenne de 2 à 3 kilogr., atteignant 5.500 gr., 6.000 gr., 7.500 gr. dans deux cas de Spencer Wells et celui de Terrier.

La cause de la mort, non notée dans 5 cas, est difficile à spécifier dans ceux d'Urbinati (obs. 183), de Spencer Wells (obs. 181) et d'Israël (obs. 201).

Elle fut consécutive à une pneumonie dans ceux d'Orlowski (obs. 192) et de Beeckmann-Delatour (obs. 200). Le malade de Beeckmann présenta, en outre, des phénomènes de réaction péri-

tonéale, et, à l'autopsie, on trouva une thrombose étendue de la veine splénique.

La mort survint la 5^e semaine dans le cas de Delétrez. L'état général était resté mauvais après l'opération, et la plaie abdominale avait suppuré (obs. 205).

C'est le shock qu'on accusa dans les cas de Houzo (obs. 186), Ribera (obs. 194), Richelot (obs. 207 inédite), Tuffier (obs. 204 inédite), sans qu'on pût savoir s'il s'agissait de shock véritable, d'une septicémie ou d'une hémorrhagie, en l'absence d'autopsie.

C'est nettement une péritonite qui amena la mort des opérés de Charon (obs. 202), de Quittembaum (obs. 180), de Fischer (obs. 187), de Spencer Wells (obs. 182), de Richelot (obs. 206 inédite). Deux de ces cas méritent une mention spéciale: celui de Quittembaum qui date de 1836, époque où les opérations abdominales présentaient la gravité que l'on connaît; celui de Richelot, dans lequel l'infection du péritoine reconnut une genèse toute spéciale.

Huit fois (obs. 184, 188, 190, 191, 193, 196, 197, 199) la mort fut consécutive à l'hémorrhagie qui s'était produite cinq fois au niveau des adhérences déchirées, une fois au niveau d'une artère qu'on avait omis de lier (obs. 184) et une fois au niveau d'une artère dont la ligature s'était détachée (obs. 190).

B. — GUÉRISONS (11). — Les raisons qui poussèrent le chirurgien à intervenir sont identiques à celles que nous avons énumérées dans les cas suivis de mort.

Nous manquons de renseignements sur trois cas (obs. 208, 210, 212).

Il semble que ce soit pour parer à l'hémorrhagie due à une blessure opératoire de la rate pendant une néphrectomie que Brohl pratiqua une splénectomie (obs. 215). Ce dernier cas devrait donc être rangé parmi les plaies de la rate traitées par l'ablation de l'organe.

L'opération fut facile dans les cas de Bouilly (obs. 218), de Bland Sutton (obs. 213 et 214), de Tricomi (obs. 211). Elle fut à peine compliquée par la présence de quelques adhérences dans ceux de Spanton (obs. 217), de Valleggia (obs. 216), et par la production d'une hémorrhagie pendant le dégagement de la rate dans celui de Lennander (obs. 209).

Dans aucun cas n'est notée la production d'une hémorrhagie abondante.

Trois des rates enlevées pesaient 1.500 gr. (obs. 211), 2.800 gr. (obs. 218), 3.000 gr (obs. 217). Toutes les autres pesaient moins d'un kilogr.

A la suite de l'opération on nota une fièvre inexpiquée, mais passagère, dans les cas de Bouilly (obs. 218), de Spanton (obs. 217) et de Lennander (obs. 209) ; quelques douleurs abdominales dans celui de Valeggia (obs. 216). Jamais on n'observa d'hypertrophie ganglionnaire ou thyroïdienne.

Les cinq opérés, revus quelques mois après, jouissaient d'une santé excellente.

§ 2. — Valeur de la splénectomie.

L'absence de mobilité d'une rate hypertrophiée, qui est la caractéristique des cas que nous étudions, doit faire craindre l'existence d'adhérences assez étendues ou l'enclavement de cet organe, et prévoir des difficultés opératoires. On ne peut cependant conclure de la fixité constatée cliniquement à une fixité anatomique vraie et à l'impossibilité de mener à bien la splénectomie. Malgré l'immobilité apparente de la rate, les adhérences peuvent être rares, molles ou nulles, et on se trouve surpris agréablement en constatant que l'opération est plus facile qu'on ne l'avait espéré.

La fixité apparente d'une rate hypertrophiée ne constitue donc pas par elle-même une contre-indication à la splénectomie.

L'opération peut présenter des difficultés et des dangers analogues à ceux que nous avons décrits dans les cas de splénomégalie paludique ou leucémique, mais en général atténués.

Lorsque la rate est enclavée dans sa loge, en raison de son hypertrophie simple, les manœuvres d'énucléation sont pénibles et exposent à sa déchirure

La ligature du pédicule est rendue difficile par sa hauteur qui atteint parfois 25, 30 centimètres et davantage, et par la profondeur où l'on doit évoluer.

Mais c'est surtout l'hémorrhagie qui constitue l'accident grave. Elle est due surtout à la libération des adhérences, plus rarement à la déchirure opératoire de la rate ou des vaisseaux du pédicule. Sans présenter, en général, les caractères d'abondance et de ténacité qu'elle affecte parfois dans le paludisme et souvent dans la leucémie, cette

hémorrhagie est dans certains cas inquiétante. Et il est permis de se demander si, en l'absence de leucémie ou de paludisme, il n'existe pas chez une certaine classe de malades atteints de splénomégalie une véritable hémophilie. Peut-être en est-il ainsi dans la lymphadénie splénique aleucémique, qui, pour certains auteurs (Wunderlich, Jaccoud et Labadie-Lagrave), fait partie de la même entité pathologique que la lymphadénie leucémique. Il n'en reste pas moins certain que l'existence ou l'absence de la leucémie ont, dans l'espèce, une importance considérable.

Sans insister sur les accidents d'infection, qui peuvent, comme dans toute opération abdominale, amener la mort et qu'on doit parvenir à éviter, nous ferons remarquer que dans la moitié des cas au moins (car nous ignorons la cause d'un certain nombre de morts) c'est le shock ou l'hémorrhagie qui sont notés comme ayant déterminé la mort. Le « shock » est, comme nous l'avons dit, souvent synonyme « d'infection », et, de ce fait, rentre en général dans cette catégorie d'accidents que l'on doit éviter. C'est donc l'hémorrhagie qui constitue l'un des facteurs importants de léthalité. Qu'elle se produise au moment de l'opération ou dans les heures qui la suivent, elle est d'un pronostic toujours grave pour les raisons que nous avons rappelées plus haut.

Les résultats thérapeutiques donnés par la splénectomie sont excellents.

Si cette intervention présente quelque gravité, qu'on doit s'efforcer de diminuer par la pratique d'une asepsie rigoureuse et par le respect des contre-indications opératoires, elle constitue, d'autre part, un traitement vraiment radical de l'affection.

Conclusions.

En présence de l'hypertrophie d'une rate qui semble fixe et qui détermine des troubles douloureux et fonctionnels que la thérapeutique médicale a été impuissante à faire disparaître, on peut recourir à la laparotomie qui seule permettra de juger de l'état exact des lésions. Si l'extirpation de la rate semble, en l'absence d'adhérences étendues, ne pas devoir faire courir de gros dangers au malade, on l'entreprendra, mais en se rappelant qu'on manœuvre sur un terrain peut-être prédisposé à l'hémorrhagie.

Splénomégalie avec rate mobile ou en ectopie.

Nous avons exposé les raisons qui nous ont fait réunir l'étude de la splénectomie dans la rate mobile et dans la rate ectopiée; nous n'y reviendrons donc pas.

L'ordre que nous avons établi nous force à distraire de ce chapitre l'étude de la splénectomie pour rate paludique et mobile, que nous avons déjà eu l'occasion de traiter.

Très variables sont les troubles accusés par les malades atteints de splénoptose. Nuls dans certains cas, ils se caractérisent dans d'autres par des douleurs abdominales, des tiraillements qui s'exagèrent dans la station debout ou dans le décubitus latéral droit, mais qui peuvent apparaître dans le décubitus dorsal quand la rate est reliée par des adhérences aux organes du grand ou du petit bassin. Nous rappellerons seulement les troubles fonctionnels que cette affection détermine, et qui sont souvent plus marqués que dans l'hypertrophie splénique sans ectopie.

§ 1. — Historique.

Dans un travail paru en 1864, Kuchenmeister préconisait vivement la splénectomie pour les cas de rate mobile, quand le traitement médical avait échoué ou quand le port d'une ceinture abdominale ne suffisait pas à faire disparaître les troubles (1).

La splénectomie passa du domaine de la théorie dans celui de la pratique avec la première intervention heureuse faite par Martin, en 1877.

Depuis cette époque, les cas d'intervention se sont rapidement multipliés.

Dans la statistique d'Adelmann, on trouve 9 ablations de rate

(1) KUCHENMEISTER. Die Wandermilz. *Zeits. f. Chir. und Geburts*, 1864, p. 323.

mobile, avec 2 morts qui ne furent peut-être pas directement imputables à l'opération (1).

La thèse de Lieffring renferme 42 cas de splénectomie pour rate ectopique (paludique ou non paludique) avec 5 p. 100 de mortalité (2).

Hartmann, qui a pu en rassembler 48 cas, avec une mortalité de 6,2 p. 100, se déclare partisan de cette opération (3).

Ninni la conseille quand une ectopie splénique douloureuse ne peut être traitée par la splénopexie à cause du volume de la rate (4).

Bland Sutton, qui a pu, dans ces vingt dernières années, réunir une vingtaine de cas sans une seule mort, considère que la splénectomie se trouve indiquée dans les cas de rate mobile, et qu'en habiles mains elle n'offre pas plus de gravité que l'ovariotomie (5).

Notre étude portera sur l'examen de 35 cas (6) que nous avons pu réunir.

§ 2. — Examen et critique des observations de splénectomie.

Sur ces 35 cas, nous notons :

33 guérisons,

2 morts.

Soit une mortalité de 5,7 p. 100.

A. — MORTS (2). — Le cas d'Aonzo (obs. 219) s'est présenté dans des conditions spéciales. Il s'agissait d'une ectopie fixe de la rate. Cependant on n'éprouva pas de notables difficultés à libérer les adhérences nombreuses, mais molles, qui la retenaient, et l'opération ne dura que 40 minutes. La mort survint dans le collapsus trois heures après. Nous manquons malheureusement de détails précis sur l'autopsie et nous ignorons donc quelle fut la cause de la mort.

(1) ADELMANN. *Loc. cit.*

(2) LIEFFRING. *Loc. cit.*

(3) HARTMANN (H.). Note sur quatre cas de rate mobile. *Congr. français de Chir.*, Paris, 1895, p. 490.

(4) NINNI. *Loc. cit.*

(5) BLAND SUTTON (J.). De la rate flottante. *Med. Soc. of London*, 11 janv. 1897; et *British med. J.* 1897, t. I, p. 132.

(6) A ce total, on pourrait ajouter les 11 cas de splénectomie pour torsion du pédicule de la rate, que nous étudierons dans le chapitre suivant avec les huit autres cas de torsion de rates paludiques.

La chute d'une ligature détermina la mort de la malade de Gérard-Marchant (obs. 220 inédite). L'opération avait été très simple ; mais l'insuffisance de l'instrumentation avait empêché ce chirurgien de pratiquer une ligature du pédicule aussi soignée qu'il l'aurait désiré.

B. — GUÉRISONS (33). — On note dans tous les cas que le symptôme dominant fut la douleur toujours vive, mais atteignant parfois une intensité extrême. La plupart des malades se plaignaient de troubles digestifs et de vomissements. Plusieurs d'entre eux étaient amaigris et anémiés.

Dans 16 cas, l'absence complète d'adhérences et l'existence d'un pédicule assez long rendirent l'intervention très aisée.

La libération de quelques adhérences peu étendues ou molles dans cinq cas ne détermina pas d'hémorrhagie notable et ne compliqua pour ainsi dire pas l'opération.

Il en résulta, au contraire, quelques difficultés dans les cas de Billroth (obs. 225), de Kocher (obs. 235), de Polk (obs. 229), où l'écoulement de sang fut abondant.

Spencer Wells causa une déchirure étendue de la rate en exerçant sur elle des tractions pour l'énucléer de l'abdomen ; mais il se rendit facilement maître de l'hémorrhagie (obs. 234).

Angerer signale un écoulement de sang dont il ne fixe pas la source (obs. 239).

Markoe éprouva quelque peine à déloger la rate enclavée dans le pelvis (obs. 243).

Le poids des rates enlevées fut ordinairement inférieur à un kilogramme, atteignant cependant 1.500 gr., 2.000 gr. et même 3.530 gr.

Les suites opératoires furent toujours très simples, à l'exception de quelques phénomènes insignifiants d'infection locale qui se produisirent au niveau du pédicule ou de la paroi dans quelques cas.

La guérison est notée comme s'étant produite rapidement et étant demeurée complète plusieurs mois, 2 et 4 ans après l'opération.

La malade de Mac Cann devint enceinte cinq mois après (obs. 228). Celle de Tricomi fut opérée, plus d'un an après, d'un sarcome du rein gauche (obs. 246). Celui de Billroth, qui était atteint d'un sarcome de la rate, mourut de récurrence au bout de six mois (obs. 225).

Chez celui de Kocher, il ne se produisit qu'une amélioration passagère ; la persistance et l'aggravation des troubles généraux, l'augmentation continuelle du nombre des G. B. du sang, etc... font croire qu'il s'agissait d'une lymphadénie aleucémique, et que, malgré l'intervention, la leucémie se développa et continua à progresser (obs. 235). Le malade de Lohlein mourut de tuberculose pulmonaire un mois après l'opération (obs. 236).

§ 3. — Valeur de la splénectomie.

Deux faits caractérisent la splénectomie pour rate mobile : ce sont la facilité de l'opération et la constance des heureux résultats.

1° C'est une opération facile, comme en font mention la plupart des observations, que l'ablation d'une rate dont l'hypertrophie est modérée, qui est libre d'adhérences, qui ne présente pas de liens étroits la réunissant au diaphragme et qui n'est retenue que par un mince et long pédicule.

Toutefois l'intervention n'est pas toujours aussi simple. Si la présence de quelques adhérences périspléniques ne complique guère l'acte opératoire, il n'en est pas de même dans les rares cas où ces adhérences sont étendues et résistantes. Leur libération peut entraîner une perte notable du sang, mais exceptionnellement dangereuse, puisqu'elle n'a jamais été la cause de la mort.

L'enclavement de la rate dans le pelvis réalise une autre cause de difficultés opératoires, plus rare que la précédente et dont on triomphera sans grande peine en s'armant de patience et de douceur.

2° La constance de la guérison opératoire est le second facteur qui fait de la splénectomie pour rate mobile ou ectopique une opération excellente.

Revus plusieurs mois ou plusieurs années après l'intervention, les malades continuaient à jouir d'une santé parfaite et se déclaraient complètement guéris.

Sans doute, les résultats furent moins bons dans deux cas : dans l'un il se produisit une récurrence de sarcome, dans l'autre les troubles dus à une leucémie, latente avant l'opération, s'accrochèrent progressivement. Mais il s'agit là de faits spéciaux qui ne diminuent en rien la valeur de l'opération. Notre groupe des rates mobiles et ectopiques

ne comprend pas seulement des rates normales, devenues mobiles par le relâchement de leurs ligaments et hypertrophiées secondairement. Il renferme tous les cas de grosses rates mobiles, non leucémiques et non paludiques, et par conséquent englobe des lésions aussi différentes que les tumeurs malignes et les inflammations chroniques. Que la récurrence se produise après l'ablation d'une rate sarcomateuse, il n'y a pas là de sujet à étonnement; mais on remarquera que la splénectomie pour d'autres cas de ce genre a donné des guérisons complètes. Comme, d'autre part, nous ne possédons aucun signe clinique qui nous permette de distinguer ces hypertrophies malignes des hypertrophies bénignes, nous concluons qu'il ne faut pas attribuer une grande valeur à ces cas malheureux.

Le même raisonnement pourrait s'appliquer à l'observation de lymphadénie splénique qui se compliqua de leucémie après l'opération.

L'existence de la mobilité ou de l'ectopie splénique confère donc à la splénectomie un caractère très net de bénignité. Que l'on compare la mortalité opératoire de ces cas (5,7 p. 100) à celle que nous avons notée dans la splénectomie pour hypertrophie simple de rates fixes (72 p. 100), et l'on se rendra compte de l'importance de ce facteur. Rappelons encore que sur 23 cas d'ablation de rates paludiques et mobiles on obtint 21 fois la guérison, ce qui représente une mortalité de 8,6 p. 100, tandis que la mortalité générale de la splénectomie pour mégalo-splénie paludique est de 29 p. 100.

§ 4. — Des autres moyens de traitement de l'ectopie splénique.

Dans les cas d'ectopie splénique vraie, de rate flottante, on a proposé de recourir à la *réduction simple de la rate*, qu'on maintient à l'aide d'une ceinture appropriée, ou à la fixation de cet organe, c'est-à-dire à la *splénopexie*.

1° RÉDUCTION DE LA RATE. — En dehors des cas d'ectopie splénique fixe, qui en somme sont exceptionnels, il est toujours facile de réduire la rate déplacée ou du moins de la remonter notablement. Cette réduction s'effectue parfois spontanément quand le malade se place dans le décubitus dorsal simple ou avec le siège élevé, ou encore dans la position genu-pectorale.

La rate ne se maintiendra réduite que si on la soutient par une ceinture munie d'une pelote latérale.

Ce moyen simple peut suffire à faire disparaître les douleurs. Ce n'est qu'un procédé palliatif ; mais les résultats qu'il donne sont assez appréciables pour que beaucoup de malades, surtout appartenant à la classe aisée, préfèrent se condamner au port d'une ceinture qui les soulagera que de courir les risques de l'opération.

Il n'en est pas toujours ainsi. Tantôt la réduction de la rate n'est pas possible, tantôt elle est imparfaite et insuffisante et le malade continue à souffrir, tantôt enfin la chute de la rate se reproduit bientôt (obs. 262). Ces cas relèvent de la splénopexie ou de la splénectomie.

Mais le problème est plus complexe. Là où le malade ne voit dans une rate déplacée qu'une source de douleurs et de troubles qu'il parvient à faire disparaître par des moyens simples (réduction et contention), le médecin trouve une lésion dont souvent il ignore la nature, et qui peut être maligne. Il sait que des adhérences peuvent se former autour de la rate et déterminer des phénomènes morbides qui nécessiteront dans la suite une opération dont la gravité sera plus considérable. Il sait aussi que cet organe peut se tordre.

De ces considérations il conclura que la thérapeutique ne doit pas se borner à soulager temporairement le malade. Il instruira celui-ci des conséquences possibles de l'abstention et des résultats donnés par l'intervention, de façon à lui faire porter une partie des responsabilités dans la décision à prendre.

2° SPLÉNOPEXIE. — La splénopexie est de date récente, et peu nombreux encore sont les cas dans lesquels elle a été pratiquée.

Son avantage est de conserver la rate.

Nous sommes loin de contester que cette conservation soit négligeable, quel que soit le rôle de cet organe. Mais nous savons que sa suppression n'amène pas de troubles graves.

Aussi la question à résoudre nous semble-t-elle être la suivante : Est-ce que la conservation avec fixation dans les cas de rate flottante n'entraîne pas plus d'inconvénients et même de dangers que l'ablation ? Donne-t-elle des résultats meilleurs, analogues ou inférieurs ?

Remarquons d'abord qu'a priori la splénopexie se trouve contre-

indiquée dans une série de circonstances : hypertrophie trop considérable de la rate, lésion quelconque de cet organe. Relativement aux adhérences péri-spléniques, la splénopexie se trouve dans les mêmes conditions que la splénectomie, puisque leur libération constitue dans les deux cas le premier temps opératoire.

Une seconde objection doit être faite à la splénopexie. A quels signes reconnaîtra-t-on qu'une rate ectopiée, et par conséquent augmentée de volume, est saine ? Ne sait-on pas que l'hypertrophie de la rate est une des causes principales de l'ectopie ? Ce n'est pas certes la réduction et la fixation de cet organe en sa place normale qui feront disparaître cette hypertrophie primitive, dont la nature est souvent paludique, parfois sarcomateuse.

Un troisième reproche qu'on peut adresser à la splénopexie, c'est qu'elle constitue une opération difficile et délicate ; et, ce qui le prouve, c'est le grand nombre et la complexité des procédés qui ont été proposés, bien que le chiffre des interventions soit peu considérable. La difficulté consiste à passer des fils à travers la rate, dont le tissu se déchire et saigne à la moindre piqûre ou sous la moindre traction.

Quand l'organe est normal, on peut cependant y parvenir. M. Tuffier fixa une rate saine par trois points de catgut à l'aponévrose lombaire (1). Mais Greiffenhagen dut, à la suite du passage de deux fils de soie, et bien qu'il s'agit d'une rate saine, faire une longue compression pour arrêter un écoulement sanguin abondant qui se faisait par les orifices des piqûres (2).

La crainte de l'hémorrhagie a poussé les chirurgiens à rechercher des procédés qui respectent la rate.

Rydygier fixa cet organe dans une poche artificiellement formée en détachant le péritoine de la paroi interne de l'abdomen. Il constitua avec la séreuse une poche dont les dimensions étaient copiées sur celles de la rate. Pour en empêcher l'agrandissement sous le poids de cet organe, quelques points de suture fixèrent le péritoine aux tissus sous-jacents au niveau du fond, Le bord libre de la poche fut suturé au ligament gastro-splénique (3).

(1) TUFFIER. *Congrès français de chir.*, 1895, p. 505.

(2) GREIFFENHAGEN. Technique de la splénopexie et étiologie de la rate flottante. *Centr. f. Chir.*, 6 févr. 1897 ; in *Revue des Sciences méd.*, t. L, p. 257.

(3) RYDYGIER. Traitement de la rate flottante par la splénopexie. *Congrès de la soc.*

Bardenheuer fait sur la ligne axillaire une incision qui s'étend du rebord costal à la crête iliaque. Une autre incision est menée au-dessous de la 10^e côte, parallèlement à la précédente. Il décolle de l'aponévrose le péritoine pariétal, puis l'incise dans une étendue juste suffisante pour laisser amener la rate en dehors de lui. L'orifice péritonéal est refermé par une série de sutures; puis un fil, passé autour de la 10^e côte, vient traverser l'extrémité inférieure de la rate, tandis que des sutures profondes complètent la poche extra-péritonéale (1).

Zy kow, à la suite d'expériences faites sur les chiens, recommande le procédé suivant : enfermer la rate dans une sorte de cage ou filet à larges mailles de catgut et fixer ce filet par des sutures à la paroi abdominale. La fixation s'établit par l'intermédiaire des brides conjonctives qui se développent en suivant les fils (2).

Pitzorno a entrepris, sur les conseils de Biondi, des expériences de splénopexie chez les chiens, et, après un certain nombre de tentatives suivies d'échec, il obtint une fixation très solide en pratiquant des sutures multiples de la capsule splénique au péritoine pariétal ou en suturant aux lèvres du péritoine celles de la capsule incisée sur la ligne médiane (3).

Les résultats de la splénopexie furent bons dans le cas de Rydygier. Bardenheuer considère également le succès comme assuré à la suite de son intervention; mais le peu de temps écoulé depuis la date de l'opération ne permet pas de se prononcer d'une façon catégorique. Un mois après la splénopexie, M. Tuffier constata que la rate était bien fixée; mais il ne put revoir ultérieurement sa malade. Le résultat était bon au bout d'un mois chez la malade de Greiffenhagen. Zy kow remarqua une diminution du volume de la rate, conséquence probable de la pression exercée par les mailles de catgut.

allemande de chir., 20 avril 1895. *Centr. f. chir.*, 1895, p. 106; et *Semaine méd.*, 1895, p. 193.

(1) BARDENHEUER. In PLUECKER. Splénopexie pour rate flottante. *Cent. f. chir.*, 5 oct. 1895, p. 905; in *Semaine méd.*, 1895, p. 536.

(2) ZYKOW (W.). Traitement de la rate flottante par la splénopexie. *Wratch*, 17 sept. 1895; *Arch. f. klin. Chir.*, 1895, LI, p. 637; et *Arch. gén. de méd.*, 1896, I, p. 623.

(3) FITZORNO (Ant.). Contribution expérimentale à l'étude de la splénopexie. *Rif. med.*, 27 juin 1896, p. 867; et *Clinica chirurg.*, 30 juin 1896, n° 6, p. 263.

Les insuccès de Conklin (obs. 267) et de Glasgow (obs. 262) n'ont pas d'intérêt parce que l'on s'était contenté de réduire la rate sans la fixer.

Que conclure de ces faits ? La splénopexie est-elle moins ou plus grave, moins ou plus simple, moins ou aussi sûre que la splénectomie ?

C'est en se basant sur la moindre gravité de l'opération que certains auteurs ont conclu à la supériorité de la splénopexie. Telle est l'idée soutenue par Rydygier et par Faitout (1). Or, nous voyons que Rydygier accuse dans la splénectomie pour rate mobile une mortalité de 32 p. 100. Nous avons constaté qu'elle était de 5,7 p. 100.

Voilà donc un premier avantage de la splénopexie sur lequel on ne peut se baser pour déclarer sa supériorité sur la splénectomie. On peut même se demander si cette intervention ne donnera pas une mortalité plus élevée que l'opération radicale. Bland Sutton, faisant allusion à deux cas opérés par Kouwer (2) montre que les malades splénopexiés courent de plus grands risques et sont forcés à un séjour plus prolongé au lit qu'après la splénectomie (3).

Il nous semble difficile, comme à Bland Sutton, de considérer la splénopexie, surtout quand on la pratique suivant les procédés de Bardenheuer, de Rydygier, de Zykow, comme une opération plus simple que celle qui consiste à enlever une rate mobile dont le pédicule est long et mince.

Quant à la question de la récurrence, il est bien évident que, quelle que soit la faible proportion des insuccès après la splénopexie, cette intervention sera toujours inférieure à ce point de vue à l'opération radicale.

Pour prouver les avantages de la splénopexie sur la splénectomie, on a été jusqu'à comparer le rein à la rate et considérer la splénopexie comme constituant un progrès sur la splénectomie, de même que la néphrorraphie sur la néphrectomie. Ce raisonnement repose sur une erreur. Le rein est un organe qu'on doit chercher à conserver par tous les moyens possibles parce qu'il est très utile à l'organisme

(1) FAITOUT. La rate mobile. *Gaz. des hôp.*, Paris, 23 mai 1896, p. 620.

(2) KOUWER. *Chol. f. Chir.*, 1896, p. 62.

(3) BLAND SUTTON (J.). Remarques sur la rate mobile. *British med. J.*, 1897, t. I, p. 132.

et même indispensable lorsqu'il est unique. Nous n'avons pas à rappeler que la suppression de la rate ne détermine, au contraire, aucun trouble sérieux.

De ces différentes considérations, nous concluons que la splénectomie est toujours supérieure à la splénopezie dans le traitement de l'ectopie de la rate et qu'elle est indiquée toutes les fois que la réduction et le maintien de l'organe par une ceinture ne donnent pas de résultats satisfaisants ou qu'on soupçonne une lésion primitive de la rate.

CHAPITRE IX

De la splénectomie dans la torsion du pédicule de la rate.

L'importance et les caractères spéciaux que revêt ordinairement la torsion du pédicule de la rate nous ont engagé à distraire son étude de celle de l'ectopie splénique dont elle constitue une des complications les plus fréquentes et les plus graves.

Cet accident sur lequel Kurns, le premier, appela l'attention en 1863 (1), resta longtemps dans le domaine de la clinique et de l'anatomie pathologique. Ce n'est que 24 ans après la communication de Kurns que Albert (de Vienne) et Prochownich (de Hambourg) pratiquèrent les premières splénectomies pour rate tordue. La torsion de la rate constitue pour Ninni (2) et Fairbrother (3) une des rares indications de la splénectomie pour rate mobile.

La torsion du pédicule se présente sous deux types cliniques principaux que l'on trouvera réalisés dans nos observations.

Dans la première, la torsion est insuffisante pour produire de grands désordres. Les symptômes qu'elle détermine sont ceux de l'ectopie simple, parfois plus accusés que de coutume. Aussi est-on étonné en intervenant pour enlever une rate mobile de trouver une torsion du pédicule. Sur nos 19 observations, il en était ainsi 9 fois.

Dans le second type, la torsion, plus serrée, amène des compressions nerveuses et vasculaires, qui sont l'origine de troubles péritonéaux graves. Ces troubles sont dus à une péritonite aseptique analogue à celle que détermine la torsion du pédicule des kystes ovariens (3).

(1) KURNS. *Annales des Soc. d'Anvers*, 1863, p. 384.

(2) NINNI. *Loco. cit.*

(3) FAIRBROTHER. *The med. Press and Library Assoc.*; in *Weekly med. Review* 1889, p. 396.

(3) HARTMANN (H.) et MORAX. Note sur la péritonite aiguë généralisée, aseptique. *Ann. de Gynécol.*, 1894, I, p. 193.

« Le plus souvent le malade ressent brusquement, soit après un effort, soit sans cause appréciable, une douleur vive et intolérable dans la région de la tumeur; puis vient tout le cortège de la péritonite, fièvre, ballonnement du ventre, vomissements bilieux et fécaloïdes, constipation ou diarrhée, contre lesquels aucun traitement ne réussit, et le malade succombe dans des douleurs atroces si l'on n'intervient promptement et radicalement. » (Morault) (1).

La difficulté fréquente du diagnostic ne doit pas arrêter le chirurgien; car, qu'il s'agisse de péritonite due à la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire, d'une trompe enflammée, d'un fibrome utérin ou de la rate, c'est toujours à la laparotomie précoce qu'il faut recourir.

§ 1. — Examen et critique des observations de splénectomie.

Sur un total de 19 cas, nous notons :

8 morts,

11 guérisons.

Soit une mortalité de 42 p. 100.

A. — MORTS (8). — Ces cas sont loin de tous se ressembler.

Dans 5 d'entre eux, la torsion du pédicule avait déterminé des troubles de péritonite aiguë ou subaiguë. C'est seulement 2 jours (obs. 258), 7 jours (obs. 257), un mois (obs. 259), 2 mois (obs. 254) après l'apparition des accidents que l'opération fut pratiquée.

Dans tous ces cas existaient des adhérences plus ou moins étendues, reliant la rate aux organes environnants. On parvint à les détacher sans déterminer de notable écoulement de sang, sauf chez le malade de Gersuny (obs. 254).

La mort survint un jour, 2 jours, 3 jours, un mois après et fut probablement due à la persistance des phénomènes péritonéaux. C'est la tuberculose pulmonaire qui semble avoir emporté l'opéré d'Aeivoli le 60^e jour (obs. 260).

Dans les 3 autres cas où les phénomènes péritonéaux étaient très effacés, nous notons les particularités suivantes :

(1) MORAULT. *De la torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate*. Thèse Bordeaux, 1896, p. 14.

La mort survint pendant l'opération, au moment où on exerça des tractions sur le pédicule ; il existait, du reste, de la cysto-pyélonéphrite bilatérale (obs. 255).

C'est par embolie que mourut l'opéré de Goodell, six jours après une opération qui avait présenté quelques difficultés en raison de l'étendue des adhérences, du volume et du nombre des vaisseaux et de l'absence de pédicule (obs. 256).

Il est difficile de déterminer exactement quelle fut la cause de la mort dans le cas de Croly (obs. 261). En l'absence d'autopsie, on ne peut guère songer qu'à une hémorrhagie ou à la septicémie péritonéale.

B. — GUÉRISONS (11). — 5 fois les phénomènes de péritonite dataient de 7 à 23 jours (obs. 263, 266, 267, 268, 271). On eut toujours à libérer les adhérences, parfois étendues, mais ordinairement nulles, sauf dans le cas de Conklin (obs. 267) où l'opération fut pénible. Les suites furent normales, sauf dans ce dernier cas où l'opéré resta dans un état de shock prolongé, qui se dissipa ensuite.

Dans 5 autres cas, les phénomènes de torsion étaient nuls ou peu accusés. L'opération fut facile malgré la présence de quelques adhérences qu'on eut toujours à libérer. La guérison fut obtenue après des suites très simples,

Six des opérés, revus deux mois, trois mois, sept mois, douze mois, deux ans, cinq ans après, étaient dans un état de santé excellent. L'un d'eux présentait cependant une légère leucocytose qui semblait en voie de progression (obs. 271).

§ 2. — Valeur de la splénectomie.

Nous continuerons à suivre la division que nous avons établie entre les cas où existent des phénomènes de réaction péritonéale et ceux où ils manquent.

Dans la première éventualité, la splénectomie a donné quatre morts et cinq guérisons. Comme le font remarquer la plupart des opérateurs, la raison de ces échecs fut probablement qu'on intervint trop tardivement ; les lésions de péritonite étaient déjà très accusées et l'affaiblissement du malade très marqué. Sans doute, c'est tardivement aussi qu'on opéra dans les cas qui furent suivis de guérison. Il n'en

est pas moins certain que les résultats auraient été meilleurs si l'on était intervenu d'une façon précoce.

Dans les autres cas, il ne s'agissait en somme que de rates ectopées et plus ou moins fixées par des adhérences. Nous ne reviendrons pas sur ce sujet que nous avons étudié au chapitre précédent.

§ 3. — Des autres méthodes de traitement de la torsion du pédicule splénique.

Deux méthodes ont été proposées et pratiquées : la détorsion simple du pédicule et la splénopexie.

A. — DÉTORSION SIMPLE. — Cette méthode est d'exécution facile quand la torsion est récente. Elle devient plus difficile quand la rate est retenue par des adhérences.

Elle peut être dangereuse en déterminant une rupture des vaisseaux thrombosés et enflammés et en laissant une rate dont la vitalité est douteuse.

Elle peut être inefficace à supprimer les accidents d'étranglement quand ceux-ci sont anciens.

Elle expose enfin aux récidives. Bland Sutton, après avoir pratiqué cette détorsion, dut intervenir quelque temps après pour enlever la rate qui s'était tordue de nouveau et avait contracté des adhérences (obs. 266).

En somme, cette opération, qui nécessite la laparotomie, est inférieure à la splénectomie, tant au point de vue de la guérison des accidents qu'à celui des inconvénients ou des dangers.

B. — SPLÉNOPEXIE. — Les raisons qui nous ont fait rejeter la splénopexie dans le traitement de la rate mobile nous conduisent à l'exclure de la cure de la torsion du pédicule splénique. Aux dangers qu'elle présente quand il s'agit d'ectopie splénique simple s'ajoutent ici ceux que présente la conservation d'un organe dont la vitalité est douteuse et dont la friabilité (obs. 262) et l'état congestif ne peuvent qu'être défavorables à une fixation.

Nous concluons donc, contrairement à Glover (1), que la splénectomie est supérieure à la splénopexie comme traitement de la torsion du pédicule de la rate.

(1) GLOVER. *Clin. soc. of London*. 9 déc. 1892.

CHAPITRE X

De la splénectomie dans la tuberculose, la syphilis et la dégénérescence amyloïde de la rate.

§ 1. — Tuberculose.

La tuberculose splénique secondairè détermine parfois une hypertrophie assez considérable de l'organe, qu'il est possible de diagnostiquer en raison des autres localisations de l'affection. Mais la diffusion des lésions rend ici toute intervention inutile.

Il n'en est pas de même pour la tuberculose primitive de la rate, affection rare, dont la suppression présente le grand avantage de débarrasser l'organisme d'un foyer bacillaire unique. Malheureusement le diagnostic de cette affection est absolument impossible, et toujours la tuberculose splénique primitive sera confondue avec les diverses splénomégalias chroniques. A ce titre, nous aurions dû comprendre son étude dans celle de ces hypertrophies ; mais nous avons cru utile d'attirer spécialement l'attention sur elle.

Marriott, St-Lawrance Burke et Bland Sutton ont eu l'occasion d'enlever des rates tuberculeuses. Les opérés de Marriott et de Sutton, chez lesquels la rate était mobile, guérissent et continuaient à jouir d'une santé excellente, 8 mois et 1 mois après l'opération (obs. 274 et 275) ; celui de St-Lawrance Burke mourut de péritonite (obs. 273), (1)

§ 2. — Syphilis.

La syphilis de la rate, acquise et surtout héréditaire, est fréquente,

(1) Comme autre exemple de tuberculose primitive, probable, de la rate ayant entraîné une intervention, qui fut la splénectomie parce qu'il s'agissait d'un abcès, nous rappellerons le cas de notre maître, M. Monod (voir page 49).

mais elle ne constitue que rarement une affection chirurgicale. Ou les enfants qui en sont atteints meurent en bas-âge, ou l'hypertrophie splénique disparaît ou n'entraîne pas de troubles notables, grâce au traitement spécifique.

Il arrive cependant que, malgré cette thérapeutique, la rate garde un volume suffisant pour déterminer des phénomènes pénibles. Dans ces conditions, on peut songer, si l'état général de l'individu est bon, à enlever cet organe. On ne fait qu'obéir ainsi à cette loi de thérapeutique générale de la syphilis, qui nous apprend que certaines lésions spécifiques, arrivées au stade de sclérose, ne relèvent plus qu'incomplètement du traitement hydrargyro-ioduré et doivent être traitées chirurgicalement.

C'est probablement dans ces conditions, que Mancutso eut à intervenir chez un enfant de six ans, dont la rate pesait 1.400 gr. La guérison fut complète (obs. 276).

§ 3. — Dégénérescence amyloïde.

C'est à la suite d'une erreur de diagnostic que Mac Graw fit la splénectomie pour une rate amyloïde, compliquée de lésion analogue du foie. Une hémorrhagie abondante et mortelle résulta de la libération des adhérences (obs. 277).

Nous n'avons cité ce cas que pour être complet. Il est évident que la dégénérescence amyloïde de la rate, résultant d'une affection causale plus importante et étant associée à des lésions semblables d'autres viscères, ne relève pas de la splénectomie.

CHAPITRE XI

Ligature des vaisseaux spléniques. Exosplénopexie. Laparotomie exploratrice.

La gravité bien connue de la splénectomie dans la leucémie, et aussi dans le paludisme ou dans le cas de rate très adhérente, a amené les chirurgiens à se demander s'il ne serait pas possible d'obtenir la régression de l'hypertrophie splénique par des procédés plus simples et moins meurtriers. On a donc proposé de lier les vaisseaux spléniques ou de faire l'exosplénopexie.

§ 1^{er}. — Ligature des vaisseaux spléniques.

La ligature des vaisseaux spléniques ou seulement de l'artère splénique a pour but d'amener l'atrophie de la rate.

En 1882, Clément Lucas avait émis l'idée de cette ligature atrophiante dans les tumeurs de cet organe (1).

Nous n'avons pas à revenir sur l'heureux effet qu'on peut obtenir par ce procédé dans les plaies ou ruptures de la rate. Nous rappellerons seulement qu'elle peut aussi trouver son indication dans les cas d'hémorrhagie produite dans un kyste splénique qu'on ne peut enlever. M. Campenon, étant intervenu dans ce but, ne put malheureusement mettre son projet à exécution, en raison de l'absence d'un véritable pédicule (voir page 39).

Le fait précédent prouve que la ligature des vaisseaux nourriciers de la rate ne se présente pas toujours avec cette facilité qu'on pourrait lui supposer a priori. Dans trois des quatre cas où l'on put la pratiquer, l'existence d'adhérences étendues et la profondeur où se trouvait le pédicule furent la cause de difficultés considérables.

(1) CLÉMENT LUCAS. *Clinical soc. of London*, 24 mars 1882.

Les quatre opérés moururent, l'un aussitôt après l'opération (obs. 284), le second de septicémie péritonéale (obs. 282), le troisième de péritonite (obs. 281), le quatrième à la suite d'une véritable infection due à la gangrène de la rate, qui s'éliminait par lambeaux (obs. 283).

Si l'on s'en tenait donc aux résultats obtenus jusqu'ici, on ne pourrait que porter un jugement très sévère sur cette opération. En admettant qu'on ne donne pas aux phénomènes d'infection une importance trop considérable parce qu'on doit parvenir à les éviter, il reste un accident sur lequel nous devons insister parce que nous sommes impuissants à y parer, c'est la *gangrène de la rate*.

Sans doute on a pu obtenir chez les animaux une atrophie de la rate par la ligature des vaisseaux. Rokitsky avait démontré autrefois ce fait dans son travail sur la rotation du pédicule des tumeurs abdominales et des viscères. Les travaux plus récents de Kuster (1) et de Tuffier (2) aboutissent aux mêmes conclusions. Il n'est donc pas impossible qu'on obtienne chez l'homme un résultat analogue.

Mais quelques faits prouvent que dans certains cas la rate se sphacèle et tend à s'éliminer par lambeaux, en déterminant des accidents graves. Nous avons cité l'observation de Tricomi (obs. 283). Dans le même ordre d'idées nous noterons l'élimination d'une rate tordue à travers les lèvres de l'incision d'une laparotomie restée exploratrice (obs. 289), et la tendance que présentait une rate tordue à s'éliminer par sphacèle dans le cas de Heurtaux (obs. 259).

La crainte d'une semblable complication semble suffisante à Reeves (3) pour rejeter le procédé qui y expose.

On a, en outre, le droit de se demander si une telle méthode sera efficace dans les cas pour lesquels on l'a proposée. C'est dans les tumeurs spléniques adhérentes qu'il serait utile de posséder un moyen de traitement moins grave que la splénectomie. Or, ces adhérences renferment des vaisseaux volumineux qui suffiront peut-être à nourrir la rate dont on aura lié le pédicule.

Ces différentes considérations nous amènent à rejeter la ligature

(1) KUSTER. *Verhandl. d. Deutsch. Gesellsch. f. chir.*, Berlin, 1882, p. 48.

(2) TUFFIER. *Congrès franç. de chir.*, Paris, octobre 1897.

(3) REEVES. *Clinical soc. of London*, 24 mars 1882.

des vaisseaux spléniques comme méthode atrophiante dans les hypertrophies chroniques de la rate.

§ 2. — Exosplénopexie.

Cette méthode, née de l'idée qui fit entreprendre l'exothyropexie, est constituée par l'exposition de la rate au dehors.

M. Jaboulay, le premier, tenta en 1893 de pratiquer cette opération, mais il dut terminer par une splénectomie hâtive en raison du ramollissement extrême de la rate (1). Il fit un second essai en 1894 ; trois semaines après l'opération, des accidents infectieux se déclarèrent et un phlegmon gangréneux du cou se produisit, qui emporta le malade.

M. Houzel a tenté avec succès cette opération au début de cette année (2). Croyant se trouver en présence d'un kyste de l'ovaire, il pratiqua la laparotomie. Vu les adhérences qui retenaient la rate, il attira cet organe entre les lèvres de la plaie abdominale et l'y fixa. La rate se sphacéla et s'élimina progressivement. Trois mois après, la guérison était complète et le malade avait repris ses occupations.

M. Villar a rapporté récemment l'observation d'une exosplénopexie pratiquée il y a trois ans. Il ne s'agit pas ici d'une surprise opératoire, car c'est dans le but de fixer la rate au dehors, que ce chirurgien était intervenu. Cette tentative fut suivie de mort par l'hémorrhagie produite au niveau des lèvres de la plaie abdominale. Il s'agissait d'un splénomégalie leucémique (obs. 286).

Cette méthode a été trop rarement pratiquée pour qu'on puisse se prononcer sur sa valeur. Elle mérite cependant plus qu'une simple mention. N'est-il pas tentant de se contenter d'exposer au dehors, entre les lèvres d'une incision abdominale, une rate dont l'ablation semble dangereuse en raison du calibre et de la friabilité de ses vaisseaux et des adhérences qui l'entourent ?

S'il suffit, pour obtenir cette élimination de la rate hypertrophiée,

(1) LIEFFRING. *Loco cit.*, p. 45. — THÉVENOT. L'attraction et la fixation des organes malades à l'extérieur. *Lyon méd.*, 29 août 1897, 621.

(2) HOUZEL. Enorme hypertrophie de la rate prise pour un kyste de l'ovaire; exosplénopexie; guérison. *Acad. de méd.*, 1^{er} juin 1897; in *Gaz. hebdomadaire de méd. et de chir.*, 3 juin 1897.

de l'exposer au dehors, sans même lui faire subir de tractions notables, il est certain qu'un tel procédé peut rendre des services considérables en permettant de renoncer à l'extirpation de rates qui paraîtrait dangereuse et qu'il serait cependant nécessaire de pratiquer. Sans doute, cette méthode est lente; mais c'est là un inconvénient de peu d'importance en présence des dangers auxquels expose dans certains cas l'opération radicale et rapide.

§ 3. — **Laparotomie exploratrice.**

Il nous reste à dire quelques mots de la laparotomie simplement exploratrice dans les cas d'hypertrophie splénique.

L'ouverture de l'abdomen a parfois pour but de se rendre compte du siège et de la nature exacte d'une tumeur qu'on croit ou qu'on soupçonne être développée dans la rate. Dans l'esprit du chirurgien cette laparotomie devra rester exploratrice si l'ablation de la tumeur semble impossible ou difficile.

Dans d'autres cas, c'est au cours des tentatives d'énucléation de la tumeur que, en raison de l'hémorrhagie déterminée par la déchirure des adhérences ou de la prolongation considérable de l'opération, le chirurgien renonce à faire courir à l'opéré des risques trop sérieux. Dans cette éventualité la laparotomie est encore restée exploratrice; tout au plus s'est-on contenté de libérer quelques adhérences.

Il est inutile de faire remarquer que toute laparotomie, même exploratrice, présente quelques dangers. On admet cependant que la possibilité de ces dangers, bien peu considérables si l'on opère dans de bonnes conditions, ne doit pas empêcher le chirurgien de se procurer le seul moyen de diagnostic qui lui permette de juger de la possibilité ou de l'impossibilité d'une intervention radicale.

Sans insister sur ce point qui ne présente ici rien de spécial, nous voulons montrer que la laparotomie, restée purement exploratrice ou unie à la libération de quelques adhérences, a pu donner des améliorations notables et même la guérison complète.

Si l'une des malades de M. Routier est morte de congestion pulmonaire, si celle de Rochet a succombé rapidement à une tuberculose pulmonaire existant antérieurement (obs. 290), les autres ont guéri de l'opération d'une façon simple et ont ordinairement

accusé un mieux très appréciable. Il en fut ainsi chez les opérés de Routier, de Weiss (obs. 288), de Jonnesco (obs. 295).

Mais les cas les plus étonnants sont ceux qu'ont rapporté Vincent et Raymond. Une hypertrophie paludique de la rate disparut complètement quelques mois après une laparatomie, sans qu'on pût mettre cette guérison sur le compte du traitement médical qui n'avait pas été employé (obs. 292). Il en fut de même dans le cas de Raymond, qui renonça à la splénectomie en raison de l'étendue des adhérences péri-spléniques et qui revit sa malade deux mois après, complètement guérie (obs. 291).

Ces améliorations ne sont cependant pas constantes. C'est ainsi que Ballance eut l'occasion de pratiquer la splénectomie chez un malade auquel Cullingworth avait autrefois fait la laparotomie simple pour une rate hypertrophiée et mobile.

Ces échecs s'expliquent facilement. On éprouve, au contraire, plus de difficultés à établir le mécanisme des améliorations ou des guérisons.

Ce sont là des faits qui s'observent en chirurgie abdominale pour d'autres lésions que les hypertrophies de la rate. Dans son rapport sur le cas de Raymond, M. Marchand se demande si le lavage du péritoine et la libération des adhérences n'ont pas un rôle favorable sur l'état irritatif de la séreuse abdominale (1).

Quel que soit le mécanisme de l'action heureuse de la laparotomie exploratrice avec ou sans déchirure des adhérences, il était intéressant d'insister sur les résultats qu'elle est capable de donner, pour conseiller au chirurgien de savoir s'y résoudre quand la splénectomie ou l'exosplénopexie lui sembleront impossibles ou dangereuses.

(1) MARCHAND. *Loco cit.*, p. 679.

CHAPITRE XII

Manuel opératoire de la splénectomie (1).

Nous avons eu, dans le cours de ce travail, l'occasion d'insister fréquemment sur certains points du manuel opératoire de la splénectomie pour montrer l'origine des accidents qui s'étaient produits ou pour indiquer le moyen de les éviter. Il nous reste à donner un exposé d'ensemble de cette question importante. Nous nous inspirerons des renseignements que l'on peut déduire des observations et des conseils donnés à ce sujet par Péan (2), Terrillon (3), Lieffring (4), Jonnesco (5).

Nous étudierons d'abord le manuel opératoire dans les cas simples. Nous verrons ensuite les difficultés et accidents auxquels on peut se heurter dans le cours de l'opération. Nous rappellerons enfin les modifications qu'il faut apporter aux différents temps opératoires suivant qu'il s'agit de l'une ou de l'autre des lésions spléniques.

§ 1. — Description du manuel opératoire dans les cas simples.

M. Jonnesco fait remarquer avec raison que, contrairement à la pratique habituelle des chirurgiens qui firent la splénectomie, l'opé-

(1) Nous ne citerons que pour mémoire le procédé de la splénectomie en deux temps proposé par Adelman (*Deutsche Klinik*, 1856, n^{os} 17 et 18). Dans un premier temps on pratique une incision pariétale relativement petite, juste de façon à laisser saillir la rate. On attend alors que des adhérences se forment entre la paroi abdominale et le pédicule. Celui-ci est alors sectionné.

(2) PÉAN. *Loco cit.*, p. 1043.

(3) TERRILLON. *Leçons de clinique chir.*, Paris, 1889, p. 453.

(4) LIEFFRING. *Loco cit.*, p. 54.

(5) JONNESCO. *Congrès de Moscou*, 1897.

rateur doit se placer à droite du malade, de façon à bien exposer la région du pédicule de la rate et à manœuvrer plus à son aise.

Avec MM. Péan et Jonnesco nous diviserons l'opération en cinq temps.

1^{er} TEMPS. — *Incision de la paroi abdominale.* — Les chirurgiens ne s'entendent pas sur le siège à donner à l'incision. Les uns la font sur la ligne médiane, d'autres en dehors du muscle droit, d'autres enfin parallèlement au rebord costal.

Si la rate est flottante ou très mobile, c'est à la laparotomie médiane qu'on aura ordinairement recours. Souvent on hésite sur le siège de la tumeur ou l'on croit à une lésion des annexes de l'utérus, et dans ces conditions on ne peut guère employer que l'incision médiane.

Cette incision est encore préférable dans les cas où le diagnostic de rate flottante a été posé. Dans ces circonstances, en effet, le pédicule splénique est toujours assez long pour qu'on n'éprouve aucune difficulté à l'atteindre et à le lier par la voie médiane, dont l'avantage est de respecter les vaisseaux importants et de ne pas sectionner de fibres musculaires.

L'incision médiane est encore bonne dans les cas de rate mobile ou fixe, située dans l'hypochondre gauche. Beaucoup de chirurgiens lui préfèrent l'incision latérale le long du bord externe du muscle droit, à gauche.

Quant à l'incision parallèle au rebord costal, préconisée par Ruggi (voir obs. 142) comme permettant d'aborder plus facilement l'artère splénique à son origine avant sa division, elle nous semble devoir être rejetée. Si, en effet, elle est la plus commode pour atteindre une rate normale et normalement placée, comme nous avons pu nous en assurer, elle ne présente plus les mêmes avantages quand la rate est hypertrophiée ou déplacée. Elle offre, d'autre part, le grand inconvénient de sectionner d'emblée un grand nombre de fibres musculaires.

C'est donc à l'incision médiane ou à l'incision latérale le long du bord externe du muscle droit qu'on aura recours. Même longue et prolongée au-dessus et au-dessous de l'ombilic, chacune de ces incisions peut être insuffisante à faciliter les manœuvres sur la rate. Il ne faut pas hésiter dans ces conditions à joindre à la section médiane une section transversale faite à travers le muscle droit de façon à

mieux découvrir la surface de la rate et la région du pédicule splénique.

2^e TEMPS. — *Dégagement de la rate.* — La main, introduite dans l'abdomen, s'efforce de contourner la rate pour s'assurer qu'il n'existe pas d'adhérences et pour les détruire.

La masse étant libérée, il faut l'énucléer de l'abdomen. A cet effet, on lui fait subir un mouvement de bascule qui entraîne son extrémité inférieure au dehors, puis on s'attaque à son extrémité supérieure.

Ce temps, très simple lorsque la rate est flottante, l'est moins quand son pédicule est court et la retient ou quand son volume est considérable. On parvient à entraîner son extrémité inférieure ; mais on éprouve de grandes difficultés à attirer son pôle supérieur hors du ventre.

Ces tractions intenses qu'on est obligé de faire sur le pédicule et la rate ne sont pas sans danger, comme on l'a vu. Aussi croyons-nous que pour éviter tout accident dû à ces tiraillements, il est préférable de suivre le conseil donné par Tricomi (voir obs. 244) et par Spanton (1) et de s'efforcer de lier et de sectionner le pédicule splénique sans extraire la rate de l'abdomen. Sans doute, cette manœuvre ne sera pas toujours possible ; mais dans les cas où elle le sera elle constituera une cause de sécurité appréciable.

3^e TEMPS. — *Ligature et section du pédicule.* — Importante en raison du nombre et du volume des vaisseaux du pédicule splénique, cette ligature n'offre aucune difficulté dans les cas de rate flottante. Rien n'est plus simple, en effet, que de placer une ligature entre-croisée ou en chaîne sur ce pédicule.

Les difficultés augmentent quand le pédicule est court et profondément situé.

Étreindre un ligament gastro-splénique haut de 15, 20, 30 centimètres et davantage est toujours une œuvre pénible. L'insertion de ce repli sur toute la longueur de la rate au niveau du hile de cette organe gêne l'action des ligatures qui ne peuvent être serrées aussi fortement qu'il serait nécessaire. Quand la rate a été extirpée, les vaisseaux de ce

(1) SPANTON. *Loco cit*

ligament, qui se trouve relâché, sont insuffisamment serrés, d'où la chute des fils à ligature et la production d'hémorrhagies trop souvent mortelles.

Il faut s'efforcer de parer à cet inconvénient en assurant une constriction serrée des différents vaisseaux sectionnés (1).

Puisque c'est la longue insertion du pédicule sur la rate qui s'oppose à ce que cette constriction soit suffisante, il faut la supprimer et ne pratiquer la ligature des vaisseaux spléniques qu'après avoir enlevé la rate.

C'est dire que l'hémostase définitive, faite à l'aide de fils, doit être précédée d'une hémostase provisoire, faite à l'aide de pinces. On saisira donc le pédicule dans une ou plusieurs pinces-clamps, puis on le sectionnera. Les pinces seront ensuite remplacées par des ligatures, qu'on aura soin de serrer en même temps qu'un aide retirera les clamps correspondants.

Pour faciliter et assurer cette hémostase, M Gérard-Marchant conseille de faire l'hémostase provisoire du pédicule à l'aide de pinces à mors courts, placées par étages successifs et ne saisissant qu'une faible hauteur du pédicule. Les fils qui remplaceront ces pinces n'auront ainsi qu'à étreindre une faible épaisseur de tissus (voir obs. 220, inédite).

Pour plus de sûreté, on peut placer un fil spécial sur le tronc de l'artère splénique lorsqu'il est facilement accessible. Mais il faut éviter, croyons-nous, de commencer l'hémostase, comme l'ont fait certains chirurgiens, par la recherche du tronc ou des branches de cette artère, de façon à les lier préalablement. Cette recherche est souvent pénible en raison de la profondeur à laquelle sont situés ces vaisseaux et du volume gênant de la rate ; elle peut, en outre, être dangereuse. Il est préférable de se débarrasser d'abord de cet organe après hémostase provisoire à l'aide de pinces.

Quant à s'efforcer d'isoler les nerfs des vaisseaux du pédicule pour ne pas les lier, suivant le conseil de Gilson (2), il n'y faut pas songer. C'est là, du reste, une minutie opératoire, bien déplacée dans une

(1) Pour diminuer la hauteur du ligament gastro-splénique à étreindre, on pourrait être tenté de tordre préalablement le pédicule de la rate de la même façon qu'on tord le pédicule d'une trompe ou d'un kyste de l'ovaire. C'est une pratique dont il faut bien se garder, dans la crainte de déterminer, comme Spencer Wells (obs. 181), une rupture des vaisseaux spléniques, souvent fragiles.

(2) GILSON. *Loco cit.*, p. 325.

intervention aussi importante que la splénectomie, et absolument inutile.

Nous concluons de même à l'inutilité de la dissection de la queue du pancréas, qui, faisant souvent partie du pédicule splénique, peut être liée sans aucun inconvénient, comme le prouvent les obs. 104, 134, 151, 166, 177, 180, 225, 231, 250, 272, etc.

Voici donc comment nous décrirons ce temps opératoire : Le pédicule est bien exposé grâce au réclinement de l'intestin à l'aide d'une large compresse chaude. L'aide exerce une traction légère sur la rate, de façon à tendre le pédicule. Une série de pinces sont placées successivement, en allant de bas en haut ou de haut en bas, sur deux rangées parallèles de façon à étreindre toute la hauteur du pédicule, y compris le ligament phréno-splénique qui peut être vasculaire. La section sera faite entre les deux rangs de pinces. Grâce à l'hémostase faite du côté de la rate, aucune goutte de sang ne s'écoulera dans le péritoine.

Les pinces seront remplacées par des fils qu'on serrera avec beaucoup de soin. Il sera toujours prudent de placer une ou plusieurs ligatures de sûreté.

Si l'opération a été laborieuse et si l'état du malade nécessite la terminaison rapide des manœuvres, on peut, au lieu de remplacer les pinces par des fils, laisser ces pinces à demeure, comme le fit Spanton (obs. 190), et en faire sortir les branches par l'incision abdominale ou par une contre-incision. On ne les enlèvera qu'au bout de deux ou trois jours.

Nous croyons que ce dernier procédé trouvera aussi son application dans les cas où le siège profond du pédicule rendra pénible la pose des ligatures et où la friabilité des vaisseaux pourra faire redouter toute manœuvre nouvelle à leur niveau.

Il sera inutile et souvent impossible de fixer le pédicule au niveau des lèvres de la paroi abdominale. Cette fixation ne se trouvera indiquée que dans le cas où l'on aura des doutes sur l'hémostase ou l'asepsie du moignon.

4^e TEMPS. — *Révision de la loge splénique.* — Avant de suturer les lèvres de l'incision abdominale, il est prudent de s'assurer que l'hémostase est complète, tant au niveau du pédicule qu'au niveau des parois

de la loge splénique. Cette révision minutieuse est surtout utile dans les cas où l'on a dû libérer les adhérences qui retenaient la rate.

Si l'on découvre un point saignant, on y placera une ligature ou l'on réunira à l'aide d'une suture les deux bords de la surface cruentée. On peut trouver quelque avantage à employer la thermo-cautérisation dans les cas où l'hémorrhagie se fait en nappe.

Le moindre suintement sera une indication au tamponnement permanent à l'aide de bandes de gaze aseptique ou antiseptique. C'est le seul cas où le drainage soit indiqué.

5^e TEMPS. — *Fermeture de la paroi abdominale.* — Nous n'insisterons pas sur ce temps qui ne présente ici rien de spécial.

§ 2. — Difficultés et accidents.

Nous les étudierons dans les différents temps.

1^{er} TEMPS. — Il arrive que la tranche de section de la paroi abdominale saigne plus que de coutume. C'est là un léger inconvénient dont quelques pincés ont facilement raison. Mais de ce fait l'attention du chirurgien doit être appelée, si elle ne l'était déjà, vers la possibilité d'adhérences spléno-pariétales ou d'une prédisposition de l'opéré à l'hémorrhagie.

C'est parfois au moment de la ligature des vaisseaux spléniques que cette hémorrhagie pariétale se produit.

2^e TEMPS. — a) *Adhérences.* — Nous avons suffisamment insisté dans le cours de ce travail sur l'importance des adhérences péripléniques pour n'avoir qu'à les mentionner ici. Négligeables quand ces adhérences sont molles et peu étendues, les difficultés deviennent considérables quand elles sont résistantes et nombreuses, et surtout quand elles siègent au niveau du diaphragme.

Le danger provient de la prolongation de l'acte opératoire et surtout de l'hémorrhagie que détermine la libération de ces adhérences et qui se présente souvent avec des caractères de gravité extrême en raison de son abondance et de sa ténacité.

La crainte de cette hémorrhagie doit contre-indiquer la splénectomie.

Nous ne reviendrons pas sur les différents procédés d'hémostase qui devront être employés.

Les adhérences solides seront liées avant d'être sectionnées.

b) *Déchirure de la rate.* — Favorisée par le ramollissement de l'organe, cette déchirure se produit parfois pendant les manœuvres d'extraction, mais surtout pendant la libération des adhérences.

Pour l'éviter, M. Péan conseille de faire cette libération plutôt aux dépens des tissus voisins qu'aux dépens de la rate, et M. Jonnesco dit même qu'il vaut mieux déchirer le diaphragme et la plèvre que de léser le parenchyme splénique. Cette opinion nous semble exagérée. Il est préférable, quand la libération des adhérences peut déterminer la déchirure d'organes importants, d'imiter l'exemple d'Escher (obs. 144) et de Spencer Wells (obs. 64), et d'abandonner un morceau du tissu splénique ou de la paroi d'un kyste.

c) *Rupture des vaisseaux spléniques.* — La fragilité de ces vaisseaux dans la leucémie, et parfois aussi dans le paludisme explique qu'ils puissent se rompre sous de faibles tractions ou sous la simple pression des doigts, qui cherchent à isoler et à lier les gros troncs artériels. Aussi faut-il être sobre de manœuvres sur le pédicule, et est-il, préférable de recourir au mode de ligature que nous avons décrit.

d) *Difficulté d'extraction de la rate.* — Cette difficulté peut être due au volume de la rate située dans sa loge ou enclavée dans le petit bassin.

e) *Syncope.* — La syncope, que l'on a observée dans quelques cas (obs. 11, 54, 62), au moment où l'on exerçait des tractions sur le pédicule, est ordinairement passagère. Elle n'en est pas moins regrettable, parce qu'elle prolonge l'opération, parce qu'elle est la cause de manœuvres diverses qui exposent à l'infection de la plaie, parce qu'enfin elle peut être mortelle (obs. 255).

Spanton (1) explique sa production par les connexions intimes de la rate et du plexus solaire, qui se trouve tiraillé lorsqu'on exerce des tractions sur le pédicule splénique.

On évitera ces tiraillements en pratiquant, quand ce sera possible, la ligature et la section de ce pédicule avant d'extraire la rate de l'abdomen.

(1) SPANTON. *Loco cit.*

3^e TEMPS. — L'absence de *pédicule* constitue une source de difficultés parfois considérables. Elle est due à ce que la rate en se développant s'est insinuée dans le ligament gastro-splénique et est venue s'accoler à la grosse tubérosité de l'estomac. Ce n'est donc plus un pédicule qu'on a à lier ; ce sont des vaisseaux venus de diverses directions et pénétrant irrégulièrement dans la tumeur splénique (obs. de Campenon⁹ (obs. 84 et 156).

Le voisinage de l'estomac rend, en outre, la pose des ligatures délicate, et il faut faire grande attention pour ne pas intéresser la paroi gastrique (obs. 8 inédite et 156).

Nous avons déjà mentionné les difficultés qui peuvent résulter de la profondeur à laquelle siège le pédicule et de sa hauteur, qui est parfois considérable.

4^e TEMPS. — Nous nous contenterons de rappeler l'importance de la révision de la loge splénique quand on a déchiré de nombreuses adhérences. M. Jonnesco insiste sur la présence d'un point qui saigne presque constamment sur le pilier du diaphragme au niveau de l'insertion du ligament phréno-splénique, quand celui-ci n'a pas été lié.

§ 3. — Modifications du manuel opératoire nécessités par la nature de la lésion splénique.

A. — *Hernies*. — On veillera à ne pas souiller le péritoine par les liquides septiques qui s'écoulent de la rate enflammée ou sphacélée. En conséquence, on se contentera de la suppression de la portion prolabée seule si l'on redoute cet accident.

B. — *Plaies et ruptures*. — La splénectomie est essentiellement simple quand elle s'adresse à un organe sain antérieurement.

C. — *Abcès*. — On prendra de grandes précautions pour éviter la déchirure de l'organe et l'écoulement du sang splénique dans le péritoine.

D. — *Kystes*. — Si le kyste est volumineux, on le ponctionnera avant de l'extraire.

E. — *Splénomégalie paludique*. — Le véritable danger consiste dans l'hémorrhagie particulièrement grave, que déterminent parfois les manœuvres opératoires.

F. — *Ectopie splénique.* — La splénectomie est d'une extrême simplicité.

Nous renonçons à exposer les suites de la splénectomie, qui sont en somme celles de toute ablation de tumeur abdominale. Les particularités qu'elles présentent ont été suffisamment décrites pour que nous n'ayions pas à y revenir.

Nous terminerons en conseillant de n'enlever les fils de suture de l'incision abdominale qu'au bout d'un temps assez long, afin d'éviter l'ouverture secondaire de la plaie. Il s'agit, en effet, de malades souvent cachectiques, chez lesquels les phénomènes de réparation sont ordinairement lents.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

La suppression des fonctions de la rate ne présente aucun danger pour l'homme et pour les animaux. Il est probable, mais non démontré, que les ganglions lymphatiques et la moelle osseuse remplacent la rate au point de vue de l'hématopoèse.

Les difficultés et accidents qu'on rencontre parfois au cours de la splénectomie sont presque toujours dus à l'existence d'adhérences péricapulaires. Leur libération prolonge notablement l'acte opératoire et détermine fréquemment des hémorragies. Celles-ci se présentent dans certains cas (paludisme et surtout leucémie) avec des caractères graves d'abondance et d'incoercibilité. Aussi doit-on, en se basant sur ce fait, renoncer à enlever toute rate dont l'ablation paraît présenter des dangers sérieux et se contenter d'une exosplénopexie ou d'une laparotomie exploratrice dont l'influence peut être favorable.

L'absence d'adhérences, que l'on reconnaît cliniquement par l'existence d'une mobilité plus ou moins considérable de la rate, et l'ectopie splénique constituent des facteurs très favorables à l'opération.

Les résultats que donne la splénectomie sont très encourageants, soit qu'elle supprime une rate blessée ou infectée, soit qu'elle enlève un kyste ou une tumeur. On peut dire qu'elle est, lorsqu'elle est praticable, supérieure à tous les procédés (ligature des vaisseaux spléniques, splénopexie, détorsion d'un pédicule tordu, exosplénopexie) qui ont été proposés pour la remplacer, et dont les indications sont représentées par les contre-indications de l'intervention radicale.

Les lésions traumatiques (plaies, ruptures, hernies) de la rate ont longtemps été considérées comme relevant seules de la splénectomie.

Cette opération est plus rarement indiquée dans les suppurations spléniques.

Elle est l'intervention idéale dans les kystes simples ou hydatiques.

Elle est indiquée dans tous les cas où une splénomégalie palu-

dique, source de troubles intenses, a résisté au traitement médical, et elle semble avoir un rôle favorable sur l'infection palustre elle-même.

Dans les autres tumeurs ou hypertrophies chroniques de la rate, la splénectomie est susceptible de donner de bons résultats, mais elle ne doit être entreprise que si elle ne semble pas faire courir de dangers sérieux au malade.

L'existence de la leucémie vraie la contre-indique d'une façon absolue, sauf, peut-être, au premier stade de l'affection. Dans ce dernier cas, elle paraît capable de procurer quelque amélioration, mais jamais la guérison.

Le manuel opératoire ressemble à celui de l'ablation de toutes les grosses tumeurs abdominales. En raison de la hauteur, souvent considérable, du pédicule splénique, du volume des vaisseaux qu'il renferme et de la vascularisation des adhérences qu'on a pu déchirer, on prendra grand soin de pratiquer une hémostase sûre et complète au niveau de ce pédicule et de la loge splénique.

OBSERVATIONS (1)

I. — Splénectomie pour plaie ou rupture de la rate.

OBS. 1. — *Ablation de la rate rompue.* (RODDICK. *Montreal medico-chirurgical Society*, 6 novembre 1885. — *Medical News*, XLVII, 21 novembre 1885, p. 581.)

Il s'agit d'un homme qui avait subi un violent traumatisme au niveau de l'abdomen. Au moment où il fut amené à l'hôpital, il était en état de shock, très anémié et presque sans pouls. Au niveau de la région lombaire gauche, entre la dernière côte et la crête iliaque, on découvrit une petite plaie qui saignait abondamment. Il y avait une fracture des dernières côtes gauches. Roddick agrandit la plaie et pénétra aussitôt dans la cavité péritonéale. Il enleva une assez grande quantité de débris qu'il reconnut provenir de la rate. Il agrandit encore l'incision abdominale et constata que l'hémorrhagie provenait d'une rupture de la rate. Ligature des vaisseaux ; ablation facile de la rate. Survie de six heures.

AUTOPSIE. — Fracture des six dernières côtes gauches ; déchirures multiples du rein gauche ; vessie pleine de sang. Il n'y avait qu'une centaine de grammes de sang dans le ventre.

OBS. 2. — *Rupture de la rate. Splénectomie* (1887). *Mort.* (CROFT. — D'après BATTLE. *Med. Press and Circular*, 1893, t. 55, p. 403.)

OBS. 3. — *Plaie de la rate. Splénectomie. Mort.* (L.-J. WILLIEN. *Indiana med. J.*, 1889, VIII, 267. — D'après DOUGLAS. *J. Amer. med. Assoc.*, 1896, t. XXVI, p. 805.)

(1)* Ces observations sont classées en un certain nombre de groupes qui répondent aux différentes affections pour lesquelles la splénectomie a été faite. Dans chaque groupe nous avons d'abord placé les observations dans lesquelles la mort est survenue et en second lieu celles où la guérison a été obtenue.

** Dans le cours de nos recherches, nous avons souvent été trompé par ce fait que la même observation était citée par les mêmes auteurs tantôt sous le nom de celui qui l'a publiée, tantôt sous le nom de l'opérateur. Pour éviter à ceux qui auraient à faire des recherches sur ce sujet cette cause d'erreur ainsi que d'autres dues par exemple à la mauvaise orthographe des noms, nous avons, à propos de chaque observation, rapporté les principaux travaux où elle a été relatée.

OBS. 4. — *Rupture de la rate. Splénectomie. Mort.* (BERRY, du Royal Free Hospital. — D'après BATTLE. *Med. Press. and Circ.*, 1893, t. 55, p. 403.)

OBS. 5. — *Déchirure de la rate et du rein. Splénectomie et néphrectomie. Mort.* (WEIR, de New-York. — D'après BATTLE. *Idem.*)

OBS. 6 et 7. — *Deux cas de rupture de la rate. Splénectomies. Morts.* (W.-A. LANE, de Guy's hospital. — D'après BATTLE. *Idem.*)

OBS. 8 (inédite). — *Rupture traumatique, totale, de la rate. Splénectomie. Mort.* (A. DEMOULIN.)

François C..., 51 ans, journalier, est entré le 10 septembre 1895, à l'hôpital de la Charité, salle Velpeau, lit n° 4, service de M. le professeur Tillaux, pour un traumatisme de la partie inférieure de la région latérale gauche du thorax. Le malade, d'après les renseignements qui nous ont été donnés, arriva dans la salle dans un état de shock assez prononcé ; pouls petit, sueurs froides, etc. ; il se réchauffa peu à peu, et le jour même de son entrée on put constater une fracture de la partie moyenne de la dixième côte gauche, sans symptômes thoraciques ; elle avait été produite par un *coup de pied de cheval*. L'un des bords du sabot seul avait porté, car l'ecchymose, qui siégeait au niveau du foyer de la fracture, était linéaire et d'une petite étendue.

Quatre jours après l'entrée du malade à la Charité, on constata une vive sensibilité de tout l'abdomen, un pouls petit, très fréquent, et des vomissements alimentaires.

Je fus appelé le 15 septembre à midi, comme chirurgien de garde, auprès de C..., chez lequel je constatai les mêmes symptômes que ceux qui avaient été observés la veille ; le malade accusait de plus une faiblesse extrême et disait : « Je vais mourir, je sens que je m'en vais. » — A l'examen de l'abdomen, je constatai une sensibilité très vive et superficielle de la paroi antérieure, celle-ci était d'ailleurs *contracturée*, et ne permettait pas de juger de l'état du contenu. La douleur était plus vive à la partie inférieure de l'hypochondre et dans le flanc gauche ; de la sonorité partout, pas de matité dans les flancs ni dans les fosses iliaques. La région hépatique avait sa matité normale.

Le diagnostic porté par MM. les Internes qui avaient suivi le malade, depuis son entrée à l'hôpital, était celui de péritonite au début, résultant d'une contusion intestinale, d'où production d'une eschare qui, commençant à se détacher, permettait l'inoculation du péritoine. De mon côté, je ne fis point de diagnostic ferme, et je pensai que la laparotomie était indiquée, et que la région de la cavité abdominale qu'il fallait inspecter en premier lieu était celle du flanc et de l'hypochondre gauches, où, comme je l'ai dit, la douleur était plus vive, et où le traumatisme, d'après son point d'application, avait pu produire les principales lésions.

J'incisai la paroi abdominale antérieure, sur la ligne médiane, de l'appendice xiphoïde jusqu'à deux bons travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A peine le péritoine était-il ouvert, que des anses grêles, énormément distendues, sor-

tirent avec force de l'abdomen. Je les laissai au dehors sous des compresses stérilisées chaudes. J'introduisis la main dans la cavité abdominale, du côté gauche, allant à la recherche de l'angle gauche du côlon. Je tombai, avant d'y arriver, sur un énorme caillot noir, libre, que je retirai et dont le poids atteignait bien trois ou quatre cents grammes. Un flot de sang rouge suivit cette extraction. Je débridai alors la paroi abdominale antérieure, à gauche, au-dessous des côtes, transversalement, dans une étendue de 10 centim. environ, afin d'avoir du jour, et je tombai immédiatement, sur un *morceau de tissu splénique, absolument libre dans la cavité abdominale*, au milieu des anses intestinales. Cette masse splénique représentait le tiers inférieur au moins d'une rate normale, non hypertrophiée. Le plan de rupture était légèrement oblique de haut en bas et de dehors en dedans, ou mieux d'avant en arrière; il était recouvert de caillots noirâtres très adhérents, et la capsule un peu plissée par en haut laissait à découvert par sa rétraction, un centimètre environ de tissu splénique également recouvert de caillots noirâtres et adhérents. Ce n'est qu'après l'opération terminée que je constatai ces détails. Je n'y songeai guère sur le moment, car, comme je l'ai dit, un flot de sang avait suivi l'extraction de ce morceau de rate. Je retirai, avec des éponges, du flanc et de l'hypochondre gauches, une énorme quantité de sang rouge, liquide, de telle sorte que j'évalue à deux litres au moins la quantité de sang épanché dans l'abdomen à la suite de la rupture du viscère. L'hémorrhagie datait probablement du moment du traumatisme, car l'épanchement sanguin, ayant été épongé aussi exactement que possible, ne se reproduisit pas.

Je m'occupai alors de la portion restante de la rate. Elle était en connexion avec le pédicule de l'organe, qui ne présentait pas de lésion appréciable. La capsule splénique, à l'inverse de ce qui s'était produit pour le fragment inférieur, était trop grande pour la partie supérieure du viscère; elle formait, au niveau du plan de rupture du fragment supérieur, une sorte de sac, revenu sur lui-même, cachant complètement ce plan et contenant dans son intérieur des caillots noirâtres, adhérents au tissu splénique.

Peut-être, aurais-je pu suturer cette capsule et conserver la portion de la rate adhérente au pédicule. Je n'y pensai pas sur le moment, et je plaçai sur le hile de l'organe deux ligatures à la soie, aussi près que possible de la masse splénique, afin de ne pas pincer l'estomac avec les fils, car l'épiploon gastro-splénique était extrêmement court. Après quoi, je coupai le pédicule et pus extraire ce qui restait de la rate, c'est-à-dire son fragment supérieur, comprenant à peu près les deux tiers de l'organe.

Toilette rapide, avec des éponges aseptiques, de tout le champ opératoire intra-abdominal qui, examiné avec soin, ne présente pas de trace de péritonite, pas même de rougeur de la séreuse. Drainage avec une grosse mèche de gaze iodoformée. Difficulté très grande pour réintégrer les anses grèles très distendues; suture à la grosse soie, en un seul plan, des incisions abdominales.

L'opération avait duré deux heures et le malade qui, quand elle fut ter-

minée, n'avait plus de pouls et auquel nous fîmes une injection intra-veineuse de sérum d'un litre, et avant cela quelques piqûres sous-cutanées d'éther, ne se réveilla que très péniblement vers 3 heures de l'après-midi, une heure après la fin de l'intervention.

Je revins à l'hôpital à 7 heures du soir, ne pensant guère y retrouver mon opéré vivant. Il l'était cependant, mais combien faible ! Il avait toute sa connaissance, mais faisait de visibles efforts sur lui-même pour répondre aux questions qu'on lui posait. Il retombait alors dans un état syncopal, dont il n'était tiré, en dehors des questions qui le réveillaient, que par la violence des douleurs qu'il ressentait dans l'hypochondre gauche et qui revenaient, par accès, toutes les cinq minutes environ. Le pouls était incomptable, irrégulier, les extrémités froides. Nouvelle injection intra-veineuse d'un litre de sérum.

La nuit du 15 au 16 septembre fut très agitée. Le 16 septembre à 8 h. et demie du matin, même état que la veille au soir ; temp. 36°,5.

Dans la journée, injection de caféine, sérum, éther.

Le soir, à 8 heures, temp. 36°,5, pouls toujours incomptable, faible, irrégulier ; le ballonnement du ventre, qui existait déjà, nous l'avons dit, avant l'intervention, se prononce ; le malade ne rend pas de gaz de l'anus. Au moment où nous allions le quitter, il est repris de vomissements qui avaient cessé après l'intervention, et ces vomissements sont fécaloïdes.

Ils se répètent fréquemment dans la nuit. Les urines deviennent très rares.

Pendant la journée du 17 septembre, le malade, conservant toute sa lucidité, se voit mourir ; il ne vomit plus dans l'après-midi, mais il se refroidit progressivement et succombe à 11 heures du soir, cinquante-sept heures après l'intervention.

L'AUTOPSIE, pratiquée le 19 septembre par M. CUNÉO, interne du service, a montré :

1° Que tout le sang épanché dans l'abdomen avait été enlevé pendant l'intervention, à l'exception de quelques caillots qui se trouvaient dans la fosse iliaque gauche.

2° Que les ligatures placées sur le pédicule de la rate avaient bien tenu, que l'hémostase avait été parfaite, et que les fils n'avaient point pincé la grosse tubérosité de l'estomac.

3° Que tout l'intestin grêle était énormément distendu par des gaz et des matières liquides, et qu'il était le siège d'une vascularisation anormale. Quelques fausses membranes reliaient les anses intestinales entre elles.

En somme, la mort était-survenue par péritonite.

OBS. 9. — *Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver. Blessure de la rate. Splénectomie. Mort.* (PEYROT. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1895, XXI, p. 721.)

Michel P..., 28 ans, est admis à l'hôpital Lariboisière le 12 novembre 1895, à onze heures et demie du soir. Il a été victime, trois quarts d'heure avant son

entrée, d'une tentative d'assassinat, et il est atteint de cinq blessures par balles de revolver; savoir : une à la partie antérieure de chaque épaule, une à la main gauche, une quatrième consistant en une fracture du crâne, enfin la plaie pénétrante de l'abdomen, qui siège dans le flanc gauche sur la ligne axillaire, à égale distance du rebord costal et de la crête iliaque. Demi-collapsus.

Le chirurgien de garde préfère s'abstenir.

Injectons d'éther et de morphine, frictions alcooliques, glace sur le ventre, etc.

13 novembre, 8 h. 30 m : Collapsus moindre, température rectale 36°,8, pouls un peu faible, respiration anxieuse, face très pâle, extrémités légèrement refroidies, pas de vomissements, mais état un peu nauséux. Ventre peu ballonné, à peine douloureux sauf au voisinage de la blessure. Matité nette dans tout le flanc gauche depuis le rebord des côtes jusqu'à l'arcade crurale. Aucun trouble moteur pouvant être imputé à la lésion crânienne.

Intervention sur le champ. — Longue incision un peu en dehors du muscle droit, à gauche. Sur l'extrémité inférieure de la rate on découvre une plaie longue de près de trois centimètres, qui donne issue à un écoulement sanguin insignifiant. En cherchant à attirer la rate par en bas, on voit du sang venir en abondance du haut de l'abdomen, et la main qui saisit l'organe sent au niveau de la partie supérieure de son hile, une déchirure très nette. Il devient alors nécessaire de faire tomber sur l'incision verticale une incision transversale qui aboutit à l'orifice d'entrée de la balle. La rate peut alors être amenée au dehors. Elle a été traversée de bas en haut et de dehors en dedans par le projectile, qui est sorti au niveau du hile, en déchirant plusieurs branches importantes, tant artérielles que veineuses. Ligature à la soie sur la partie supérieure du hile, deuxième sur la partie inférieure. Les vaisseaux sectionnés sont traités à part et liés séparément.

Section du pédicule. — Six sutures à la Lembert sur un sillon que le projectile a traversé sur l'estomac qui ne semble pas perforé. En raison de la direction du projectile, on ne recherche pas si l'intestin a été lésé. — Drainage. — Durée de l'opération un peu plus d'une heure.

Suites. — Injections d'éther, de caféine, de sérum artificiel.

Soir : l'état ne s'est pas aggravé, temp. 36°,9 ; pas de vomissements.

14 novembre : État assez satisfaisant; pouls un peu faible, ventre non douloureux ni ballonné, pas de nausées, mictions volontaires, pas de selles ni d'émission de gaz. Temp. 36°,6.

Soir : Temp. 37°. Nombreux gaz rendus dans la nuit.

15 novembre : Le matin, au réveil (6 h. 30), le malade se trouve très bien, est gai, cause, n'accuse aucune douleur. A 8 h. 30, le thermomètre accuse 40°,4. Presque aussitôt, brusquement, le blessé pâlit, a un vomissement considérable, est pris de violents frissons, de sueurs profuses et se refroidit. A 10 h. 30 il était agonisant. Mort à 11 h. 30. La compresse qui établissait le drainage, avait été retirée le matin même de bonne heure, il n'y avait dans la cavité drainée ni pus, ni sang.

AUTOPSIE (faite à la Morgue). — Pas de péritonite, pas d'hémorrhagie nouvelle. Pas de perforation intestinale. Balle libre dans l'abdomen, au-dessous du cul-de-sac de l'estomac. Aucun détail ne m'a été donné sur la blessure du crâne et les autres blessures. Il m'est donc impossible de me prononcer sur la véritable cause de la mort. J'avoue cependant que je suis disposé à l'imputer à une septicémie à marche suraiguë (1).

OBS. 10. — *Traumatisme de la rate. Splénectomie. Mort.* (DEAVER, d'après DOUGLAS. *J. Amer. med. Assoc.*, 1896, XXVI, 803.)

OBS. 11. — *Rupture de la rate probablement paludique. Splénectomie. Mort.* (HEATH STRANGE et ERNEST WARE. *British med. journ.*, 1^{er} mai 1897, p. 1088.)

Homme de 51 ans, amené à l'hôpital Hampstead le 8 mars, à 10 h. 30 du matin. Une demi-heure auparavant, il avait été serré entre un chariot qu'il conduisait et une autre voiture. On le releva et on le transporta dans une auberge voisine où on lui fit prendre du brandy ; puis on le conduisit à l'hôpital.

Il se plaignait de souffrir dans le ventre, surtout à gauche, et paraissait en état grave. Facies pâle, lèvres bleues, respiration rapide, pouls faible. Pas de fracture de côtes. Douleur extrême au palper de la portion gauche du ventre avec matité persistante dans les changements de position. Flanc droit sonore sauf en arrière. Urines non sanglantes. L'intestin fonctionne normalement.

On ordonne de l'opium pour diminuer la douleur ; et on porte le diagnostic d'hémorrhagie interne avec rupture probable de la rate.

A 11 h. 30 l'état du malade a empiré ; la pâleur a augmenté, le pouls est très rapide et à peine perceptible ; la matité du flanc gauche atteint presque la ligne médiane. Le malade qui a gardé la connaissance complète, accepte l'opération.

Après injection intraveineuse de 750 grammes de sérum artificiel qui remonte le pouls, Ware pratique la laparotomie médiane. Dès l'ouverture du péritoine se produit un écoulement sanguin abondant. Le foie est sain. La rate présente une déchirure de son bord antérieur ; elle est en position anormale et solidement fixée. Pour déchirer les adhérences qui réunissent sa face convexe et la paroi on doit pratiquer une incision parallèle au rebord des fausses côtes.

On attire la rate entre les lèvres de l'incision abdominale ; les tractions sur le pédicule augmentent nettement l'état de collapsus du malade. Trois ligatures à la soie sur le pédicule qu'on sectionne rapidement. Toilette du péritoine à l'aide d'éponges pour extraire la grande quantité de sang épanché. En même temps on pratique une seconde transfusion et des injections sous-cutanées de strychnine. Cependant l'état général ne se relève pas et le malade meurt avant qu'on ait terminé la suture de l'incision abdominale.

(1) Cette observation a été le point de départ d'une discussion de la Société de chirurgie sur « les modifications de la température en cas d'hémorrhagies internes intra-séreuses ».

Les auteurs font remarquer que les adhérences que présentait la rate étaient probablement dues à la malarie que le malade avait contractée aux Indes pendant son service militaire.

OBS. 12. — *Rupture de la rate. Splénectomie. Guérison.* (DALTON, Amérique, d'après BATTLE. *Med. Press and Circ.*, 1893, t. 55, p. 403.)

OBS. 13. — *Rupture traumatique de la rate. Splénectomie. Guérison.* (RIEGNER. *Soc. méd. de Breslau*, 2 décembre 1892. — *Berl. klin. Woch.*, 20 février 1893, XXX, n° 8, p. 177. — *Arch. gén. de méd.*, 1893, t. I, p. 735 ; t. II, p. 102. — *Mercure médical*, 1893, p. 225. — *Revue des sciences médicales*, XLII, p. 605 (1).

Garçon, 14 ans. Chute d'un troisième étage le ventre sur une planche. Apporté immédiatement à l'hôpital dans le collapsus. Douleurs vives dans l'abdomen ; vomissements répétés, pouls rapide (110), respiration superficielle. Ventre très ballonné, sonore partout. Ecchymoses sur le côté gauche de la poitrine. — Le lendemain, aggravation considérable. Pâleur extrême, hoquet, temp. 36°, pouls misérable (140), respiration costale, estomac très distendu. Matité hépatique augmentée. Matité dans la région hypogastrique et dans les flancs, surtout à gauche où elle se continue directement avec celle de la rate. Urines normales mais très peu abondantes. — Diagnostic, hémorrhagie interne par rupture d'un viscère abdominal, probablement la rate.

Laparotomie (18 mai 1892). — Incision xipho-pubienne. Écoulement d'un litre et demi de sang. La source de l'hémorrhagie semble être dans l'hypochondre droit. Longue incision transversale sous le rebord costal. De dessous le foie on retire de nombreux caillots, mais la glande hépatique paraît normale. L'intestin étant attiré hors du ventre, on trouve de nombreux coagula et des particules de tissu splénique. Incision transversale dans l'hypochondre gauche. La rate est rompue à sa partie moyenne. La moitié inférieure de l'organe libre dans le ventre est enlevée. Ligature du pédicule splénique et ablation du reste de la rate. Lavage du ventre. — Injection sous-cutanée de 300 gr. de sérum artificiel. Membres inférieurs entourés d'ouate et élevés.

Amélioration les jours suivants. — 21 avril, douleurs fortes dans la jambe gauche ; gangrène envahissante du pied. — 13 juin, amputation de Grille. — 15 juin, apparition d'hypertrophies ganglionnaires dans les aisselles. — Dans les semaines suivantes, tuméfaction des ganglions du cou. — Au bout de sept semaines, le malade se lève. — 2 décembre, état très satisfaisant. Quelques petites hernies sur la grande voie cicatricielle. Abdomen insensible ; on y perçoit plusieurs gros ganglions mésentériques. Hypertrophie modérée des ganglions sus-claviculaires, carotidiens, axillaires, cubitaux, inguinaux, comme dans la syphilis. Corps thyroïde facilement appréciable à la vue et au toucher.

(1) BATTLE. (*Medical. Press and Circular.*, 1893, 55, p. 403) cite un cas de rupture de la rate, guérie par la splénectomie pratiquée par Riegner. Nous n'avons pas pu vérifier si cette observation était la même que la présente.

La gangrène du membre inférieur fut due à une thrombose de la veine tibiale postérieure ; probablement indépendante du traumatisme accidentel (compression, position élevée du membre, ischémie).

Examen du sang.

Hémoglobine : 1 ^{er} jour après l'opération	20 p. 100.
4 ^e : —	36 —
21 ^e : —	4 —
puis remonta graduellement à	80 —
G. R. Premiers jours après l'opération	2.500.000 (càd. dimin. de moitié).
8 ^e semaine —	5.000.000
G. B. Premiers jours après l'opération	23.000 (càd. aug. de 3 à 5 fois)
8 ^e semaine —	23.000

L'hyperplasie porte sur toutes les variétés de G B et non spécialement sur les cellules éosinophiles.

Actuellement (2 décembre). Un G. B. pour 180 G. R. : La tuméfaction des ganglions lymphatiques semble vouloir rétrocéder.

L'examen microscopique de la moelle du fémur amputé a montré les premiers indices d'un travail de réparation : prolifération des vaisseaux et dilatation des canalicules de Havers.

OBS. 14. — *Splénectomie pour rupture de la rate. Guérison.* (BERNARD PITTS et C. BALLANCE. *Soc. clin. de Londres*, 14 février 1896. — *Lancet*, 22 février 1896, p. 485. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1899, p. 204. — *Médecine moderne*, 1896, p. 157. OBS. I).

Garçon de 10 ans, entre à l'hôpital le 11 septembre 1895, Cinq jours avant, en jouant au cricket, il avait reçu un violent coup dans le côté gauche ; la douleur s'était calmée au bout de quelques heures.

Depuis le 11 septembre au matin, grandes douleurs dans l'abdomen ; on avait fait le diagnostic d'hémorrhagie interne.

État actuel. — Collapsus, pâleur, peau froide, pouls petit et rapide, respiration rapide et diaphragmatique. Abdomen tendu et proéminent, matité au niveau des flancs. En faisant changer le malade de position, on arrivait à faire disparaître la matité d'une façon complète dans le flanc droit, en partie seulement dans le flanc gauche. — Le petit malade revint peu à peu à lui et on l'opéra.

Opération. — Petite incision sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, flot de sang. Pensant à une rupture de la rate, on incisa aussitôt au niveau de la partie supérieure de la courbe semi-lunaire gauche ; on découvrit ainsi une grande quantité de caillots qu'on enleva et on arriva sur la rate qui était rompue au niveau de ses faces phrénique et rénale ; ces ruptures se prolongeaient jusqu'au hile et intéressaient les vaisseaux. Ligature et section du pédicule. Ablation des caillots et du sang. — Guérison.

Examen post-opératoire du sang. — Diminution des hématies et augmentation des leucocytes. Six semaines après, le rapport normal se trouvait rétabli.

Actuellement l'enfant va bien, mais hypertrophie manifeste des ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux.

OBS. 15. — *Splénectomie pour rupture de la rate.* (BERNARD PITTS et C. BALLANCE. *Idem.* Obs. II.)

Femme de 45 ans, entrée à l'hôpital le 15 septembre 1895. Une voiture lui avait passé sur le corps. On ne sentait pas son poulx; elle était pâle, la peau était froide et couverte d'une sueur visqueuse. Il y avait de la matité dans le flanc gauche. On retira un peu de sang de la vessie. La malade ne revint pas assez à elle pour qu'on pût opérer avant le lendemain. Cependant le liquide épanché dans l'abdomen avait augmenté; il y avait de la matité dans les deux flancs; on pouvait faire disparaître celle du flanc droit par un changement de position, mais celle du flanc gauche restait invariable. On ouvrit le ventre. La rate était déchirée sur sa face gastrique et les vaisseaux du hile étaient rompus. On enleva de l'abdomen une quantité énorme de sang et de caillots. On emporta la malade de l'amphithéâtre dans un état désespéré. Cependant — elle alla graduellement mieux et le dixième jour elle paraissait entrer en convalescence. Puis elle alla de plus mal en plus mal, si bien qu'au dix-huitième jour, son état devint alarmant. Elle était très amaigrie et très faible: le poulx était rapide, l'état général mauvais. Il y avait une élévation de température quotidienne, s'accompagnant de fièvre intense, de somnolence, de douleurs dans l'abdomen et les membres, le long des os. Il y avait 3.500.000 G. R., et 20.000 G. B par millimètre cube. On donna alors chaque jour à la malade de l'extrait de rate de mouton et de la moelle osseuse crue. A partir de ce moment la malade alla graduellement de mieux en mieux; elle finit par regagner son poids normal. Il n'y eut pas, comme dans le cas précédent, d'hypertrophie générale des ganglions.

OBS. 16. — *Splénectomie pour rupture de la rate.* (BERNARD PITTS et C. BALLANCE. *Idem.* Obs. III.)

Un homme de 36 ans entra à l'hôpital le 12 octobre 1895: Il était tombé d'une grande hauteur (2 mètres), et s'était frappé le côté gauche sur une grille en fer. Il avait des douleurs du côté gauche et était un peu pâle; mais, en somme, il allait bien. Au bout de quelques heures, son état s'aggrava subitement; il devint d'une pâleur cadavérique; on ne sentait presque plus le poulx; les extrémités étaient froides et la respiration devint rapide. Il y avait de la matité au niveau des deux flancs, mais on ne pouvait pas faire entièrement disparaître celle du côté gauche par le changement de position. Les douleurs abdominales étaient très intenses et le malade avait la sensation qu'il allait mourir. On lui donna des cordiaux; il revint peu à lui, et on put l'opérer. Cependant la quantité de liquide épanché dans l'abdomen avait beaucoup augmenté. Quand on fit l'incision, une énorme quantité de sang jaillit; la rate était complètement déchirée en travers et les vaisseaux du hile étaient rompus. Le nettoyage de la cavité péritonéale fut long.

L'opéré alla de mieux en mieux; et au bout de quinze jours il paraissait

entrer en convalescence. Puis il alla de plus en plus mal et présenta les symptômes de l'anémie la plus marquée ; il maigrit beaucoup et devint très faible ; il y avait tous les jours de la fièvre et le pouls était rapide. Il avait aussi des lipothymies, des céphalées, une soif intense, de fortes douleurs abdominales et il rendait une énorme quantité d'urine. Il y avait 2.500.000. G. R. et 17.000 G. B. par millimètre cube. On donna au malade de l'huile de foie de morue et de la moëlle osseuse ; mais ce ne fut que l'arsenic qui amena une réelle amélioration. Au bout de deux mois, le nombre des hématies et des leucocytes redevint normal.

Actuellement (février 1896) le sujet va très bien, mais tous ses ganglions lymphatiques externes sont hypertrophiés.

· OBS. 17. — *Plaie du thorax et de l'abdomen par coup de feu. Splénectomie et néphrectomie. Occlusion intestinale consécutive. Deuxième intervention. Guérison* (1). (SODO. XI^e congrès de la soc. italienne de chir., Rome, octobre 1896. — *Rif. med.* 1896, t. IV, p. 358 et 411.)

Homme de 22 ans ayant reçu des coups de revolver douze heures avant le moment de son admission à l'hôpital. Une des balles avait fracturé la neuvième côte, traversé le diaphragme, la rate et le rein gauche et fut retrouvée au niveau de l'apophyse de la troisième vertèbre lombaire.

Réséction de la neuvième côte fracturée, ligature des vaisseaux intercostaux blessés ; suture du diaphragme ; ablation de la rate et du rein ; la rate enlevée était exsangue. Il existait un vaste épanchement de sang dans le péritoine. — Guérison en vingt jours.

Au trente-deuxième jour, occlusion intestinale. Laparotomie médiane : on libère trois anses intestinales adhérentes ; réduction d'une invagination. Guérison.

OBS. 18 et 19. — *Deux cas de rupture de la rate traités par la splénectomie avec succès* (2). (BALLANCE. *Medical Society of London*, 11 janvier 1897. — *British med. journ.*, 16 janvier 1897, p. 145.)

Dans l'un des cas, où on laissa une petite rate il ne se produisit aucun trouble consécutif. Dans l'autre se développèrent les symptômes qui sont si communs après l'ablation de la rate.

(1) Nous rapportons cette observation d'après le compte-rendu très sommaire de la *Riforma*.

(2) Ces deux cas ont été rapportés en quelques mots par BALLANCE à la *Med. Soc. of London*, à l'occasion de la discussion sur les suites de la splénectomie. Bien que Ballance n'en fasse pas mention, il s'agit peut être des cas rapportés par Pitts et Ballance à la Soc. clinique de Londres, le 14 février 1896. Nous croyons cependant que ce sont là des cas distincts, car dans les trois premiers cas l'intervention avait été suivie de troubles assez marqués.

II. — Splénectomies pour hernie traumatique de la rate.

OBS. 20. — (BAILLOUS. *Observationes chirurg.*, S. VI. Obs. VI. — In BLUM, p. 727.)

D'après Baillous, un chirurgien peu instruit réséqua la rate prolabée à un individu blessé dans le côté gauche, sans savoir que c'était la rate qu'il avait enlevée. Guérison.

OBS. 21 et 22. — (FRANZ ROUSSET *Traité nouveau d'hystéromotokie*, Paris, 1581, 8 sect. IV, c. IV. — D'après BLUM, p. 726). Opér. : VIARD.

Fr. Rousset raconte que le Dr Viard, chirurgien habile, avait extirpé avec succès, chez deux individus blessés dans le côté gauche, la rate qu'il avait trouvée changée de place, en partie dégénérée et desséchée.

OBS. 23. — *Hernie de la rate, Splénectomie. Guérison.* (TIM. CLARKES, 1673. — *Ephem. Nat. curios.*, IV et V. — In MAGDELAIN, p. 54. — PÉAN, p. 1031. — BLUM, p. 726). — Cas de DOTRENG TURBEVILLE.

Un boucher de Wexford, s'étant donné un coup de couteau dans le côté gauche de l'hypogastre, quelques anses d'intestin, une portion d'épiploon et la rate s'échappèrent par la plaie. Il resta trois jours dans cet état. Un chirurgien mandé réduisit l'intestin, excisa un fragment d'épiploon et la rate, puis ferma la plaie à l'aide de sutures. Guérison rapide.

OBS. 24. — (NICOLAS MATHIAS [Matthia]. *Ephem. med. phys. nat. curios.*, III, 1684, p. 378. — D'après MAGDELAIN, p. 49. — PÉAN, p. 1028. — BLUM, p. 726.)

En 1678, un homme de 23 ans reçut un coup de couteau dans l'hypocondre gauche. Le lendemain, Mathias consulté ne parvint pas à replacer la rate herniée, à cause de son augmentation de volume. Un médecin, appelé en consultation, n'est pas d'avis de réséquer la rate, ignorant si elle n'est pas indispensable à la vie. Cependant Mathias applique un fil de soie sur la portion de rate herniée, attire le reste au dehors, place une deuxième ligature sur le pédicule. Trois jours après il excise la rate, hémorrhagie sans importance. — Après trois semaines, guérison. Il ne restait de la rate qu'un fragment comme une aveline, faisant corps avec les lèvres de la plaie et auquel aboutissaient les vaisseaux de l'organe. — Ensuite, qui examina la rate la trouva normale et ne présentant qu'une incision au niveau du hile. — Six ans après, lors de la publication du fait, ce jeune homme était devenu père et jouissait d'une excellente santé.

OBS. 25. — (PURMANN, 1680. *Breslau chir. Curios.*, I Th. S. 274. D'après BLUM, p. 726) (1).

Un homme tomba du haut d'une maison sur le côté gauche. Dans sa chute,

(1) Bien qu'il s'agisse d'une splénectomie partielle et accidentelle nous rangerons, à l'exemple de Blum et d'Adelmann, cette observation parmi les cas de splénectomie partielle.

un couteau qu'il portait sur lui s'enfonça dans la rate de telle façon qu'en le retirant par la plaie on ramena en même temps un petit morceau de la rate et une petite portion d'épiploon qui fut aussitôt remise à sa place. Sur le côté qui était très fortement tuméfié, on appliqua des cataplasmes et la plaie fut pansée fréquemment. En six semaines, guérison.

OBS. 26. — *Hernie de la rate. Ablation partielle.* (HANNAEUS. *Ephem. Nat. Curios.*, 1698. D'après MAGDELAIN, p. 54. — PÉAN, p. 1031. — BLUM, p. 726.)

Dans une rixe, un paysan reçut un coup de couteau dans l'hypochondre gauche et la rate sortit en partie par la plaie. Le médecin, appelé deux jours après, réséqua la partie herniée et appliqua un pansement. Guérison complète.

OBS. 27. — (GERBEZIUS, 1700. *Ephem. Nat. Curios.*, t. IX. D'après ADELMANN.)

Femme. Coup de forçt. Ligature et excision de la rate herniée, au quatrième jour. Guérison.

OBS. 28. — *Ablation partielle d'une rate blessée.* (JOHN FERGUSON, 1738. *Ireland philosophical transactions*. Londres, vol. IX, 1747, p. 149. — IN MAGDELAIN, p. 51. — PÉAN, p. 1029. — BLUM, p. 726.)

Homme ayant reçu un coup de couteau, Ferguson trouve en dehors de la plaie la rate qui était froide, noire et privée de vie.

Il appliqua autour de la partie mortifiée une ligature avec un fil bien ciré et réséqua 105 gr. de la rate. Guérison complète.

OBS. 29. — (WILSON. *South. chelius. Handbuch der Chirurgie*, 1743. — IN MAGDELAIN, p. 51. — PÉAN, p. 1029. — BLUM, p. 727.)

A la bataille de Dettingen (27 juin 1743), un soldat reçut une blessure hors laquelle étaient sortis des intestins ainsi que la rate.

Réduction des intestins, splénectomie totale; suture des parois. Guérison complète.

OBS. 30. — *Hernie de la rate. Ablation partielle. Guérison.* (DORSCH. *Kopp's Jahrbuch der Staatsarzneikunst*. Bd III, S. 100. — *Harless Rheinisch. Westphalische Jahrbucher*, 8, Bd I, St. 8, 92. — IN BLUM, p. 727.)

Homme de 35 ans. Bonne santé antérieure. Le 20 janvier 1797, il reçut dans une mêlée plusieurs coups de couteau. Il se mit à la poursuite de son adversaire. Dans sa course, il s'aperçut qu'un morceau de chair pendant hors de sa plaie; il en fut très effrayé, s'évanouit et fut porté sans connaissance dans son lit. Le 21 janvier, on constata que cet homme avait reçu dans le côté gauche, sur la partie la plus convexe des côtes, entre la deuxième et la troisième fausse côte, une blessure d'où s'était échappée une portion de la rate de forme pyramidale, large d'un pouce et longue de cinq; elle était tellement serrée entre les lèvres de la plaie que, malgré son peu de sensibilité, il ne fut pas possible de la remettre à sa place. On appliqua autour d'elle une ligature; la

moitié, si ce n'est plus, de la rate, fut détachée. — Guérison complète. Vingt-trois ans après, excellente santé.

OBS. 31. — (F. O'BRIEN, 1814. *Mexico med. chirurg. Journal and Review*, vol. I, janvier-juin 1816, p. 8. — In BLUM, p. 727.)

Homme de 39 ans, reçut le 14 janvier 1814, un coup de couteau dans le côté gauche, au-dessous des dernières fausses côtes. O'Brien ne le vit que quelques jours après. La rate était complètement désorganisée et inflammée. Ligature autour de la plaie, afin d'empêcher une hémorrhagie; puis rétentio[n] de la rate. A la suite de l'opération, fièvre violente.

Lé 13 février, chute de la dernière eschare. Il resta une plaie nette dont les bords furent réunis avec de l'emplâtre agglutinatif et un pansement approprié. Le 12 mars, le malade était guéri.

OBS. 32. — (LENHOSSEK [Leuhossek], 1815. *Hecker's medicin. Annalen*, Berlin, 1828, X, S. 395. — In BLUM, p. 728.)

Paysan, 19 ans. Reçut dans l'hypogastre une blessure à travers laquelle sortit la rate. Comme celle-ci commençait à être atteinte de gangrène, ligature des vaisseaux et résection de la rate. Guérison. — Trois ans après, excellente santé.

OBS. 33. — (POWELL. Kentucky. *American Journal*, 1827. — D'après ADELMANN.)

Homme de 36 ans. Hernie de la rate à travers une plaie abdominale. Ligature (1826). Guérison. Bien portant neuf mois après.

OBS. 34. — (M. DONNEL [Dormel], de Purneah. *Transactions of the medical and physical. society of Calcutta*, 1836. — In MAGDELAIN, p. 51. — PÉAN, p. 1021. — BLUM, p. 728.)

Donnel lia et enleva la rate à un homme de 30 ans, auquel un buffle avait fait une plaie de l'abdomen longue de 5 centimètres. Guérison complète au bout de deux mois.

OBS. 35. — (C. BELL. *Patholog. med. von Allan. Webb*. London, 1844, Bd II, S. 144. — In BLUM, p. 728.)

Bell raconte qu'un de ses anciens élèves avait réséqué la rate d'un habitant de l'Amérique du Sud. Cet organe avait été atteint de gangrène. Guérison complète, santé excellente.

OBS. 36. — (BERTHET, de Grá[y]. *Gaz. med. de Paris*, 1844, n° 18. — *Arch. gén. de méd.*, 1844, p. 610. — In MAGDELAIN, p. 51. — PÉAN, p. 1029. — BLUM, p. 728.)

Homme. Coup de couteau dans le flanc gauche. Appelé huit jours après, Berthet reconnaît au lieu de la blessure une tumeur considérable formée par la rate, qui exhalait une forte odeur de putréfaction. Excision. Guérison après

des pansements méthodiques. Mort de pneumonie treize ans et demi après ; digestions bonnes.

AUTOPSIE. — On ne trouva qu'une très faible partie de la rate, grosse comme une noix, appliquée sur les parois extérieures de l'estomac.

OBS. 37. — (BRESCIANI, 1844. — D'après ADELMANN.)

Homme. Plaie intercostale. Hernie de la rate. Ligature. Guérison.

OBS. 38. — (NOVELLI, 1850. *Commentatio della chirurgia*. Bologne, 1871. — D'après ADELMANN.)

Homme. Hernie de la rate après blessure. Ligatures, chute de la rate. Guérison.

OBS. 39. — *Hernie de la rate. Ablation partielle.* (ADELMAN. *Deutsche Klinik*, 1856, n° 18. — In MAGDELAIN, p. 52. — PÉAN, p. 1029. — BLUM, p. 728). — Cas de J. SCHULZ.

Paysanne de 22 ans, de constitution robuste. En tombant d'une meule de foin sur l'enrayure d'une voiture, se fait, entre les 9^e et 10^e côtes gauches, une plaie ovale oblique, située le long de la côte, longue de 2 pouces et large d'un. Quand on retira l'enrayure, il sortit immédiatement par la plaie un corps charnu, sans qu'il y eut d'hémorrhagie. Syncope. Revenue à elle, la blessée essaya vainement de réduire le corps hernié. Transportée dans le service de Schulz, à Rudorn, le 29 juin 1855.

État actuel. — Au côté gauche, à 7 pouces et demi de la colonne vertébrale, à 6 pouces de la ligne médiane antérieure, entre les 9^e et 10^e côtes, corps charnu gros comme la moitié du poing. Surface lisse, grise, dépouillée en certains points de son enveloppe. Douleur à la pression. Secrète en abondance un liquide jaune rougeâtre. — Toux, respiration difficile (28), pouls à 100, céphalalgie, frissons, fièvre, soif, évacuations normales. Rien d'anormal à l'auscultation. — Bien que le diagnostic soit hésitant, Schulz croit à une hernie de la rate.

Opération, 3 jours après l'accident. — Schulz voulait attirer la rate encore plus en dehors, lier les artères après les avoir isolées, puis enlever la rate. Mais des adhérences s'étaient déjà formées. Il dut se borner à étreindre la rate le plus profondément possible au moyen d'une forte ligature et à l'enlever. Ligature de 3 artères qui donnaient du sang. Bords de la plaie réunis avec des bandelettes agglutinatives.

La rate pesait 2 onces allemandes. Depuis l'accident, elle avait perdu à peu près la moitié de son poids et de son volume par suite de l'exhalation continue du liquide qui s'écoulait. Structure changée, grasseuse par places, comme tous les organes en voie d'atrophie. En d'autres points, traces de suppuration.

Suites. — Le 3^e jour, écoulement d'un pus épais, quelques douleurs erratiques ; hypertrophie des ganglions axillaires gauches. Fièvre augmente pendant quelques jours. Peu à peu retour de l'appétit, qui devient excessif. — Sortie de

l'hôpital 15 jours après l'accident (15 juillet) en excellente santé, qui persista dans la suite. *Les ganglions axillaires avaient acquis le volume d'une noix.*

OBS. 40. — (ALSTON, 1862. — In OTIS. *Histoire de la guerre de Sécession*. vol. II, p. 150. — ADELMANN, *Arch. f. klin. Chir.*, XXXVI, 442.)

Une balle de fusil entra à 12 pouces sur la gauche de la 4^e vertèbre lombaire et vint sortir entre la 8^e et la 9^e côtes, à mi-chemin du sternum et de la colonne vertébrale. Hernie de la rate. Ligature et splénectomie. Chute de la ligature au bout de 5 jours, Guérison après deux semaines.

OBS. 41. — (BOUTEILLIER. *Mouvement médical*, Paris, 1868, n^o 29. — D'après ADELMANN.)

Plaie de l'extrémité inférieure de la rate avec étranglement. Ligature ; chute au 4^e jour, Guérison après 10 jours.

OBS. 42. — *Hernie de la rate, Ablation.* (BAZILLE. *Recueil de méd. et de chir. militaires*, t. XXVI, 3^e série, 2^e fascicule, p. 119. — In PEAN, p. 1031. — BLUM, p. 729.)

Djelloul-ben-Achem, 36 ans, de forte constitution, entre à l'hôpital de Téniet-el-Haad, le 2 mars 1869. Frappé, trois jours auparavant, d'un coup de couteau dans la région splénique. Il s'était écoulé par la plaie une assez grande quantité de sang. Une heure après l'accident le malade s'apercevait qu'une tumeur volumineuse avait fait hernie à travers la plaie ; il ne peut dire si elle s'est développée tout d'un coup ou progressivement. Plaie de 3 centim. 5 de longueur. Tumeur nettement formée par la rate intacte, ne présentant que quelques éraillures de la capsule produites par les frottements du burnous ; déjà sensiblement ramollie, flétrie, d'une couleur lie de vin très prononcée. Dimensions : long. 11 centim. 5, larg. 9 centim., circonférence 27 centim. Pédicule déjà étranglé par les lèvres de la plaie. — Nul symptôme de péritonite, même localisée. État général excellent ; mais constipation ; bon appétit.

2 mars. Ligature sur le pédicule. Linge glyciné sur la rate. — 5 mars. Résection de la rate qui tombe en putrilage et exhale une odeur infecte. — 8 mars. Chute de la ligature. Suppuration et bourgeonnement de la plaie. — 22 mars. Cicatrisation terminée. — 25 mars. Sortie en excellente santé. Pas de tuméfaction des ganglions axillaires et inguinaux.

OBS. 43. — (ÉLIAS. *Gaz. méd. de l'Orient. Presse méd.*, 1874, t. XXVI, p. 43. — D'après ADELMANN.)

Homme de 18 ans. Plaie de l'abdomen. Hernie de la rate. Ligature et ablation. Guérison en 14 jours.

OBS. 44. — (A. PIETRZYCKI. *Frzegląd lekarski*, Pologne, 1874. — *Centralbl. f. Chir.*, 1874, n^o 38. — In BLUM, p. 729. — PEAN, p. 1032.)

Paysanne de 23 ans. La rate faisait hernie à travers une plaie pénétrante de

l'abdomen, dans la région de l'hypochondre gauche. — Ligature en masse du pédicule de la rate ; puis splénectomie ; ligature de deux petits vaisseaux, suture de la plaie. — Pas de symptômes de péritonite. Guérison en 15 jours.

OBS. 45. — *Plaie. — Hernie de la rate sur les trois quarts de sa longueur. Splénectomie Guérison.* (MARKHAM. *J. Amer. méd. assoc.*, 1896, t. XXVI, p. 803. — D'après DOUGLAS.)

OBS. 46. — (GOLDHADER, Bohême 1877. — D'après ADELMANN.)
Femme. Coup de couteau à la hauteur du huitième espace intercostal. Hernie de la rate. Ligature. Résection après 16 heures. Guérison en 19 jours.

OBS. 47. — *Hernie de la rate. Ligature du pédicule. Chute spontanée de la rate.* (KLINGER. *Wien. med. Presse*, 1889, n° 26, p. 1073. — *Revue des Sciences médicales*, t. 35, p. 611.)

Paysan. Coup de couteau dans le côté gauche de l'abdomen. Plaie longue de 4 centimètres et demi seulement, large de 2 centimètres, qui donne issue à la rate, retenue par son pédicule. L'organe mesurant 15 centimètres de long et 7 de large, il est impossible de songer à le réduire. On place donc un fil de soie sur le pédicule et on applique un pansement phéniqué. — Seconde ligature le septième jour ; la rate se détache le treizième jour. — On a noté de la fièvre à plusieurs reprises le soir. Le treizième jour, frissons, 128 pulsations, T. 40° ; on craint une péritonite. Glace, antipyrine, morphine. Le lendemain les accidents ont cessé. — Guérison complète en six semaines.

OBS. 48. — *Splénectomie pour issue de la rate à travers une plaie de l'abdomen. Guérison.* (HAROLD BROWN. *British med. journ.*, 16 janv. 1897, p. 133.)

Homme de 35 ans ayant été attaqué par un taureau qui lui déchira le côté gauche d'un coup de corne. Amené quelques heures après au dispensaire, il présentait une large plaie, s'étendant obliquement de la ligne axillaire au niveau de la dixième côte jusqu'à 3 centimètres au-dessous de la crête iliaque.

Un organe sain était hernié à travers la plaie. Le chirurgien crut qu'il s'agissait du foie, bien que la blessure fût à gauche et essaya en vain de le réduire.

Bracon vit le malade trois semaines après et diagnostiqua une hernie de la rate hypertrophie, car le foie était en sa place normale et le cœur battait à gauche.

Quatre jours plus tard le malade fut transporté à l'hôpital. La rate était unie intimement au bord de la plaie cutanée, excepté au niveau de la partie supérieure où on trouvait une ouverture qui permettait l'introduction du doigt.

Opération. — Incision de 5 centimètres, parallèle au bord interne de la plaie. On découvre facilement le pédicule de la rate et on le lie. Puis on libère les adhérences qui retiennent la rate ; et on sectionne le pédicule qu'on réduit.

Nettoyage, résection et suture des bords de la plaie. — Durée de l'opération 30 minutes.

Réunion de la plaie récente par première intention ; la première se comble par bourgeonnement. — Suites opératoires très simples.

III. — Splénectomies pour abcès splénique ou péri-splénique.

OBS. 49. — *Périsplénite suppurée. Splénectomie. Guérison.* (FANTONI. *Opuscula medica et physiologica*, Genève, 1738. — In MAGDELAIN, p. 50. — PÉAN, p. 996 et 1029. — THEIL. Thèse de Berlin, 1886. — LIEFFRING, obs. I.) Cas de FERRERIUS. [Feriarius].

Femme, 30 ans. A la suite d'un accès fébrile en janvier 1711, augmentation de l'abdomen, surtout au niveau de la partie supérieure de l'hypogastre. Tuméfaction dure, douloureuse, augmente progressivement. Œdème de la jambe gauche. Au bout de quatre mois, amaigrissement considérable, fluctuation au niveau de la tuméfaction.

Incision à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic et à gauche. Ecoulement de pus fétide pendant de nombreux jours. Douleurs violentes. Fusée purulente s'ouvrant à l'ombilic. Par les deux orifices s'écoule un pus fétide. — Plus tard, à l'ouverture ombilicale, apparition d'un organe bleuâtre pris d'abord pour l'intestin, reconnu ensuite pour la rate. Extirpation facile.

Rate. — Long. 16 cent., larg. 8, épais. 4.

Pendant plusieurs jours des aliments mêlés au pus passèrent par l'ouverture de l'abcès, probablement à la suite d'une perforation stomacale qui se cicatrisa spontanément.

Fièvre cesse peu à peu, écoulement purulent diminue. Guérison complète.

Accouchement à terme plus tard. — Mort le 20 novembre 1716.

AUTOPSIE. — Foie volumineux ; absence de rate ; épiploon épaissi et adhérent ; mésentère et intestins inflammés et presque gangrénés.

OBS. 50. — *Splénectomie pour rate malarique et périsplénite suppurée avec fistules. Guérison.* (WM. H. MYERS [Meyers]. *Journ. of the american med. association*, t. VIII, 2 avril 1887, p. 371. — In LIEFFRING. Obs. XI. — OLGATI. Obs. 6.)

Mme Mc K..., présentait en novembre 1885 une tumeur dans l'hypochondre gauche et se plaignait d'une pesanteur douloureuse dans cette région. D'après les antécédents il était facile de porter le diagnostic d'hypertrophie malarique de la rate.

Elle avait des nausées, des hémorrhagies, des accès de fièvre intermittente.

Traitement. — Quinine à haute dose, de temps en temps iodure de potassium.

En octobre 1886, la malade accouche normalement. Trois semaines après, Myers, appelé en consultation, constata que la tumeur qui s'étendait du bassin à l'ombilic, avait suppuré et présentait trois fistules. Etat général mauvais, sueurs profuses pendant la nuit, anorexie.

On transporte la malade à l'hôpital Saint-Joseph de Fort-Wayne.

L'intervention chirurgicale fut décidée comme seul moyen de sauver la malade.

Opération. — Laparotomie médiane. Dès l'incision du péritoine écoulement d'un liquide séro-purulent abondant. On reconnaît que la tumeur est bien constituée par la rate située au milieu d'un abcès péritonéal. Ligature du pédicule à la soie, et ablation de la rate. Drainage de la cavité. Poids de la rate : 7 livres.

Le shock disparaît en quelques heures. Dans la suite, on pratique des lavages de la cavité jusqu'au moment de l'ablation du drainage (12^e jour). Le pouls ne dépassa jamais 110 pulsations et la température ne s'éleva pas au-dessus de 38°,9. L'appétit revint rapidement. Le 21^e jour la malade, très améliorée, quittait l'hôpital.

Guérison complète.

OBS. 51. — *Abcès pelvien ayant gagné le mésocôlon descendant. Splénectomie.* (J. BLAND SUTTON. *The clinical journal*, 6 octobre 1897, p. 369.)

Femme de 35 ans, envoyée en mai 1897 par le Dr Chapman Grigg avec le diagnostic d'abcès de la région iléo-costale gauche. Cette tuméfaction simulait une tumeur rénale.

Un an auparavant la malade avait accouché. A la suite de cet accouchement s'était développée une inflammation du ligament large gauche, puis une tuméfaction avait apparu dans la région iléo-costale et était accompagnée de fièvre.

Une incision fut pratiquée sur la partie saillante de la tuméfaction. On trouva dans le tissu cellulaire sous-péritonéal une collection formée par de la matière caséuse. Les doigts introduits pour se rendre compte de l'état des lésions pénétrèrent dans un tissu mou qui se mit à saigner abondamment. On crut qu'il s'agissait d'un rein atteint de pyonéphrose.

L'hémorrhagie persistant on énucléa l'extrémité inférieure de cette masse et on l'amena entre les lèvres de la plaie pour découvrir l'origine de cet écoulement de sang. Cette manœuvre déchira l'organe ainsi amené. A sa grande surprise, Sutton s'aperçut qu'il s'agissait du tiers inférieur de la rate.

Après avoir étreint le pédicule dans des fils de soie il enleva le fragment rompu. Mais du sang veineux continua à s'écouler avec abondance de l'extrémité supérieure de la rate et nécessita l'ablation du reste de l'organe.

Sutton put alors constater que l'origine de l'abcès était une perforation du côlon qui admettait facilement l'index. Il se contenta de drainer et de refermer incomplètement la plaie pariétale.

Suites opératoires simples. — La fistule stercorale persista pendant trois semaines. Pendant trois mois la malade présenta une fistule purulente entretenue par une suture profonde.

Sutton croit qu'il s'agit ici d'une cellulite pelvienne s'étant étendue au mésorectum, puis au mésocôlon descendant; ce qui déterminait la formation d'un abcès limité par le côlon et la rate.

Actuellement, 6 octobre, la santé de la malade est excellente. La suppression de la rate n'a été suivie d'aucun trouble.

En novembre la guérison se maintenait parfaite (*communication écrite*).

OBS. 52 (Inédite). — *Splénomégalie ; rate transformée en éponge purulente ; leucocytose. Splénectomie. Mort.* (G. RICHELOT.)

Elise J..., femme F..., âgée de 25 ans, ménagère.

Il y a 18 mois la malade a constaté la présence d'une tuméfaction dans l'hypochondre gauche. Depuis cette époque la tuméfaction s'est développée progressivement sans déterminer aucune douleur.

En juillet 1895, c'est-à-dire il y a 8 mois, les règles se sont arrêtées brusquement. Il s'en suivit une aménorrhée complète qui persiste aujourd'hui. En même temps apparaissait de l'œdème des jambes, et la tumeur abdominale subissait un rapide accroissement de volume.

Dans le service de M. Nicaise, à l'hôpital Laënnec, où la malade séjourne pendant quelque temps, on pratique une ponction de la tumeur qui donne issue à un liquide sanguinolent.

Depuis cette époque aucun phénomène nouveau n'a été noté. L'état général est resté bon, les fonctions digestives sont normales, l'appétit est conservé. Cependant l'amaigrissement apparaît et fait de rapides progrès.

La malade entre le 5 février 1896 à l'hôpital Saint-Denis, dans le service de M. le Dr Richelot.

A ce moment on reconnaît l'existence d'une tumeur de consistance dure, développée dans la partie gauche de l'abdomen, débordant la ligne médiane et descendant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Il s'agit évidemment d'une rate hypertrophiée.

L'examen du cou, des aisselles, des aines n'y fait découvrir aucune hypertrophie ganglionnaire.

L'apyrexie est complète. La malade semble profondément infectée. A l'auscultation du cœur on constate l'existence d'un souffle systolique à la pointe.

Examen du sang, pratiqué par M. GASTOU. — Leucocytose très marquée. Ce sont des globules blancs avec quelques globules rouges. Le sang semble transformé en pus. Il contient beaucoup d'éosinophiles.

Diagnostic. — Hypertrophie de la rate et leucocythémie.

Opération, 15 février 1896. — Laparotomie médiane. La tumeur présente un prolongement énorme en haut et en arrière. En arrière, au niveau du point où la ponction a été faite, existent des adhérences qu'on détache. L'énucléation de la rate est assez facile. On éprouve, au contraire, quelque peine à bien étaler le pédicule qu'on sectionne après ligatures multiples. Au moment de cette section une notable quantité de sang, provenant du parenchyme splénique, s'écoule dans le ventre ; on fait une toilette prolongée du péritoine. La plaie abdominale est fermée complètement. A la fin de l'opération, le pouls est bon. La quantité de sang, perdue par hémorrhagie, a été relativement minime ; mais il faut y ajouter celle que contenait la rate.

La malade s'affaiblit progressivement et meurt dans la soirée.

La rate renferme un énorme abcès au niveau de sa partie postérieure. Dans le parenchyme splénique sont disséminés de nombreux petits abcès gros comme des noisettes.

Il est probable que la cause de la mort a été l'infection suraiguë du péritoine par le sang splénique épanché. Ce sang, en effet, provenant d'une rate transformée en une série d'abcès, devait posséder un pouvoir septique considérable.

OBS. 53. — *Splénectomie à la suite d'une nouvelle infection due à un bacille spécial.* (D'ANTONA. 6^e congrès italien de chir., Bologne, avril 1889. — *Rif. med.*, 1889, V. 584. — *Med. and surg. reporter*, 1889, LX, p. 655) (1).

Garçon de deux ans et demi, fils de médecin. Il fut atteint d'une pleurésie gauche qui guérit spontanément. Quinze jours après la disparition de l'épanchement pleural, il présenta des symptômes d'embarras gastrique avec ictère, qui disparurent bientôt. Depuis cette époque persiste un état fébrile ; température vespérale, s'est progressivement élevée à 37°,8, 38°,9, 40°. Dans l'abdomen on découvre une tumeur qui semble dépendre de la rate.

L'état fébrile augmente (40°) pendant treize jours ; pendant ce temps la rate s'était notablement hypertrophiée. Traitement à la quinine, à l'arsenic et au mercure. Amélioration. L'état général redevint bon, l'appétit était excellent, le malade pouvait se promener, et cependant persistait une fièvre continue, atteignant parfois 40°, sans intermittences, sans stades de froid et de sueur. La rate augmentait progressivement de volume et atteignait la fosse iliaque, droite.

Le traitement anti-paludéen est prescrit, mais reste sans succès. On pense à une infection spéciale de la rate.

La splénectomie est pratiquée. Le même jour, la température tombe à 37°,3 et les soirs souvent elle n'atteint que 37° ou 38°,9. A la suite d'un embarras gastrique la fièvre monte à 40° puis se développe une otite purulente avec 41° de température. Le foie augmente de volume jusqu'à atteindre la ligne ombilicale, puis revient à son volume normal.

Bonne santé pendant cinq mois. A ce moment l'enfant meurt de méningite tuberculeuse qui, peut-être, lui avait été transmise par son père qui soignait alors deux malades atteints de la même affection (?)

La rate enlevée pesait 1/10 du poids total du corps. L'examen du sang avant l'opération n'avait rien fait découvrir d'anormal. Le sang, provenant de la rate, renfermait, huit jours avant l'opération, des colonies de bacilles exactement semblables au bacille typhique. Ces bacilles se développaient rapidement sur la

(1) CATELANI (*Gazz. degli Osped. e delle cliniche*, 17 janv. 1897, p. 79) rapporte dans un tableau très résumé, quatre cas de splénectomie (paludisme, tumeur, sarcome dans une rate mobile et une affection non définie) appartenant à D'Antona. L'absence complète de renseignements sur ces différentes observations, dont nous ignorons les sources, ne nous a pas permis de les relater dans notre travail.

gélatine et l'eau à la température 64°,4 F. ; ils ne se développaient pas sur pomme de terre, ce qui les distinguait du bacille typhique. Les inoculations à l'animal restèrent négatives. D'Autona en conclut qu'il s'agit d'une infection non encore décrite.

OBS. 54. — *Rate hypertrophiée et mobile ; abcès de la rate. Splénectomie. Guérison.* (JAMES MURPHY. *British med. Journ.*, 3 nov. 1894, p. 979.)

Femme de 45 ans. Attaque d'influenza il y a deux ans et demi. Puis attaque de paralysie, et aphasie pendant plusieurs jours avec perte des mouvements de la main droite ; l'aphasie n'a pas complètement disparu. Depuis un an environ la malade a remarqué l'existence d'une tumeur douloureuse dans l'hypochondre gauche. Pas de troubles digestifs. Urines normales. Depuis quelques mois, amaigrissement, bien que l'appétit reste bon. Depuis la même époque, oppression et cyanose du cou et de la face.

Pas d'antécédents héréditaires.

État au 18 avril 1894. — Volumineuse tumeur de la portion gauche du ventre, se prolongeant sous les côtes et atteignant la crête iliaque, dépassant la ligne médiane en dedans, mais restant à une certaine distance de la ligne des apophyses épineuses ; très mobile ; de surface irrégulière, car elle semble formée de quatre ou cinq masses réunies. Matité à son niveau.

Urine normale. Température vespérale 37°,8. Congestion de la base du poumon gauche. Cœur sain. Sang normal. Oppression. Cyanose. Faiblesse assez marquée. Douleurs violentes dans la région splénique.

Comme il n'y a pas de leucocythémie et comme les autres organes sont sains, on en conclut que la rate est la cause de tous les troubles. La malade consent à l'opération, malgré les risques qu'elle sait courir.

Opération, 25 avril 1894. — Laparotomie le long de la ligne semi-lunaire. Avant d'ouvrir le péritoine, on doit lier plusieurs grosses veines. Pas d'adhérences pariétales ; adhérences spléno-épiploïques étendues ; adhérences du colon transverse en deux ou trois points. On les libère rapidement ; les vaisseaux qui saignent sont aussitôt saisis avec des pinces à forcipressure. Les vaisseaux, principalement les veines, sont très friables. La rate est facilement amenée hors de l'abdomen. A ce moment la malade est prise d'une syncope grave. Plusieurs ligatures à la soie sont placées sur le pédicule qui est mince et large. Ablation de la rate sans hémorrhagie. L'état général de la malade est si mauvais qu'on ne pratique pas de lavage du péritoine et qu'on se hâte de fermer le ventre sans drainage.

Le soir, le poulx était bon, la température atteignait 39°,7, la malade avait un peu vomi. Elle dormit pendant la nuit. — Le lendemain, bon état général, cyanose accentuée. — Amélioration progressive. — Le 5 mai la plaie est complètement guérie. — Puis se développent des signes de pneumonie qui disparaissent bientôt. — La guérison est bientôt complète ; disparition des douleurs et de la cyanose.

Examen de la rate, par SQUANCE. — Poids, 750 grammes. Abcès au niveau

de la partie inférieure du bord antérieur de l'organe. Le tissu de la rate est plus dur que normalement. Beaucoup de tissu fibreux. La cause de l'abcès fut probablement un infarctus dû à la thrombose d'un vaisseau.

OBS. 55. — *Splénomégalie (abcès splénique). Laparosplénectomie. Guérison.* (B. HATCHETT. *Med. record*, t. 50, 19 sept. 1896, p. 426.)

Femme de 36 ans, ayant eu neuf enfants. Depuis un avortement survenu il y a quatre ans la santé de cette femme est devenue mauvaise ; depuis cette époque elle a cependant accouché une dernière fois à terme. Depuis quatre mois elle a été obligée de rester alitée.

Il y a six ans elle souffrit notablement d'une hypertrophie splénique qui disparut sous l'influence du traitement. Deux ans après, quelque temps après son avortement elle s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur abdominale médiane. Au début elle en souffrit peu ; la tumeur augmentait lentement de volume. Mais à un certain moment son accroissement fut rapide et la fièvre apparut.

Quand Hatchett vit la malade le 5 août 1895, il la trouva affaiblie, anémique, nerveuse. Temp. 39°,5. Abdomen distendu, partout douloureux à la pression, renfermant une tumeur volumineuse, arrondie, rénitente, faisant une forte saillie dans le pelvis. Hatchett porta le diagnostic de lésion ovarienne avec péritonite. En raison de l'état général on différa l'opération pendant un mois. Au bout de ce temps s'était produite une amélioration notable.

Opération, 3 septembre 1895. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. On reconnaît qu'il s'agit de la rate. On agrandit l'incision pariétale et l'on détache des adhérences. On parvient à déloger la rate du bassin et à l'amener entre les lèvres de la plaie. Ligature du pédicule à la soie. Toilette du péritoine.

La rate pesait six livres, elle était de coloration gris sombre et présentait des petits kystes remplis de liquide séro-purulent. La capsule fut facilement enlevée. La substance splénique était désorganisée.

Suites opératoires. — Absolument normales. La température diminua et ne monta plus au-dessus de 37°,3 après le troisième jour. Les douleurs disparurent et l'état généraux s'améliora rapidement. Réunion parfaite de la plaie par première intention. La malade se leva le troisième jour après l'opération et le 18^e jour elle rentra chez elle en excellent état.

Le 6 octobre son poids avait augmenté de 10 livres. Elle avait eu à plusieurs reprises quelques petits accès fébriles et quelque douleur dans le ventre.

Neuf mois après l'opération elle écrivait à Hatchett que sa santé n'avait jamais été aussi bonne depuis dix ans, l'appétit était excellent ; elle n'avait plus souffert du ventre.

L'examen du sang de cette malade pratiqué avant l'opération, avait montré que l'augmentation proportionnelle des globules blancs n'était pas supérieure à ce qui existe dans les cas d'anémie ; on ne pouvait donc penser ici à la leucémie. D'après Hatchett c'est là la raison du succès qu'il a obtenu, car dans les cas de leucémie la mort survient rapidement après l'opération.

IV. — Splénectomies pour kyste de la rate.

OBS. 56. — (DURANTE. *Arch. ed. Atti della Società ital. di Chir.*, Roma, anno 5, p. 221.)

Femme de 20 ans. Kyste kystique de la rate. Splénectomie, adhérences nombreuses et solides. — Mort.

OBS. 57. — *Vaste kyste hydatique de la rate. Ponction. Suppuration. Extirpation. Mort.* (KOEBERLÉ. *Soc. de méd. de Strasbourg*, 6 mars et 5 juin 1873. — *Gaz. méd. de Strasbourg*, t. X, 1^{er} mai et 1^{er} octobre 1873, p. 162 et 222. — In CASANOVA et POULET. *Rev. chir.*, 1888, p. 393. — TRINKLER. *Rev. chir.*, 1894, p. 151.)

Femme de 27 ans, d'une bonne constitution. Elle fait remonter les premiers symptômes de son mal à quatre ans environ. A cette époque elle constate pour la première fois une légère intumescence abdominale, qui depuis n'a fait que s'accroître progressivement. Aujourd'hui la tumeur occupe tout l'abdomen et refoule la cavité thoracique. Elle est d'un volume tel que, si elle n'était point liquide, en partie au moins, ses dimensions seules constitueraient une contre-indication opératoire absolue, attendu qu'il eût été impossible de trouver à faire une incision assez longue pour permettre son extraction.

M. Briquet, qui avait vu la malade avant M. Koerberlé, avait supposé une hypertrophie de la rate ; mais ce diagnostic ne saurait être maintenu puisque la malade jouit d'une bonne santé et ne présente aucune apparence de chlorose ou de leucocythémie imputables à une altération des fonctions de la rate. Néanmoins le sang a été examiné, et on a constaté qu'il ne présentait aucune modification appréciable. L'hypertrophie de la rate ne doit pas être admise pour la raison encore que cette affection s'accompagne habituellement d'hypertrophie du foie et que dans ce cas particulier l'organe hépatique est relativement petit et refoulé sous les côtes. En somme, on ne peut hésiter qu'entre un kyste hydatique ou un kyste séreux simple de la rate, car la fluctuation existe bien que profonde.

La ponction capillaire faite au centre de la tumeur donne issue à quatre litres de liquide dans lequel nagent des membranes qui ont l'aspect de celles qui enveloppent les échinocoques. On n'y trouve pas de crochets.

Peu de jours après la ponction la malade commença à souffrir de faiblesses fréquentes dues aux hémorrhagies provoquées par les éraillures des parois de la tumeur qu'une sécrétion abondante distendait rapidement. Bientôt aussi elle ressentit des frissons et du malaise ; la nutrition s'altéra, et au bout de dix semaines la malade se trouva singulièrement affaiblie, en même temps que l'abdomen avait repris ses dimensions premières.

État actuel. — État général très mauvais, anémie et maigreur extrêmes, fièvre hectique, sécheresse de la peau. La tumeur a repris son volume primitif et est adhérente à la paroi abdominale.

On rejette l'opportunité d'une nouvelle ponction. On renonce de même à l'ouverture avec suppuration du sac, qu'on ne peut tenter sur une personne aussi amaigrie et affaiblie. On se décide donc à la splénectomie, tout en se rendant compte des difficultés et des dangers de cette intervention.

Opération, 5 mai. — Incision médiane sus-ombilicale. La libération des adhérences spléno-pariétales ne présente de difficultés que vers la partie supérieure. Le kyste qu'on ponctionne à ce moment contient quatre litres d'un liquide purulent verdâtre où nagent des débris de membranes et des vésicules d'échinocoques. Le décollement ultérieur de la tumeur exige de grandes précautions, car elle est adhérente à presque tous les viscères abdominaux (estomac, foie, colon transverse) et surtout au diaphragme. Il en résulte une perte de sang assez considérable (800 grammes environ). Pour ne pas tirailler le pédicule de la tumeur contenant les vaisseaux de la rate on fait sur la paroi de l'hypochondre gauche une petite incision dans laquelle on les maintient. Durée de l'opération, trois heures.

L'affaiblissement ne fait que progresser à la suite de l'opération, le pouls reste misérable. — Mort 17 heures après.

OBS. 58. — *Kyste hydatique du foie et de la rate. Incision du kyste du foie. Splénectomie. Mort.* (A. LE DENTU. *Études de clinique chirurg.*, Paris, 1892, p. 277.)

Homme de 36 ans. A eu des fièvres intermittentes. Il y a un an, légère poussée d'ictère avec douleurs dans la région hépatique. Depuis trois mois, augmentation progressive du ventre; amaigrissement, digestions difficiles; violentes douleurs lombaires après la moindre fatigue.

Examen. — Voussure considérable de l'hypochondre droit et de la partie inférieure du thorax du même côté. Développement considérable du foie qui forme une tumeur lisse, ferme, sans fluctuation, remontant jusqu'à la cinquième côte et descendant jusqu'au niveau de la crête iliaque; transversalement elle se prolonge jusqu'à l'épigastre. Frémissement hydatique. — Cette tumeur paraît distincte d'une seconde tumeur située à gauche entre le bord inférieur du thorax et la crête iliaque. Celle-ci, du volume d'une tête de fœtus, est, dure, arrondie, très mobile. — Un peu d'ascite.

Opération, 3 mai 1891. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Incision du kyste hépatique après ponction, puis fixation à la paroi abdominale.

Dans un second temps, une incision pratiquée sur la paroi latérale gauche de l'abdomen mit à découvert le kyste de la rate, du volume de deux poings environ et qui était à moitié inclus dans l'organe. La partie saillante fut excisée et on commença la fixation de la poche. Mais celle-ci était très mince, se déchirait et le tissu splénique saignait abondamment. Comme elle se laissait facilement amener au dehors, on plaça une ligature sur le pédicule, et l'organe fut extirpé en totalité.

Bien que l'opération n'eût pas été longue, le malade resta déprimé et mourut dans la nuit.

OBS. 59. — *Kyste hydatique de la rate. Extraction du kyste. Hémorrhagie venue des parois de la cavité. Mort.* (J.-D. THOMAS. *Austral. med. J.*, 1884, VI, 385.)

OBS. 60. — *Kyste séreux uniloculaire développé dans l'épaisseur de la rate. Splénectomie. Guérison.* (PÉAN. *Union méd.*, 1867, p. 340. — *Acad. de médecine*, 19 novembre 1867. — *Acad. des sciences*, 9 décembre 1867. — *Ovariectomie et splénotomie*, 2^e édition, 1869, p. 127. — *Des tumeurs de l'abdomen*, 1880, p. 1049. — In MAGDELAIN. — FOUBERT, obs. 4.)

Adèle C..., 20 ans. Santé satisfaisante jusqu'à l'apparition des premiers symptômes qui se manifestent, deux ans avant qu'elle ne vit M. Péan, par une augmentation de volume de la région épigastrique, accompagnée de douleurs vives dans cette partie.

Ces douleurs qui n'étaient pas franchement intermittentes, et qui siégeaient surtout dans la fosse iliaque droite, ayant résisté à tous les traitements médicaux, elle consulte M. Péan, le 30 août, qui constate un état d'anémie profonde, de la dysménorrhée; pas d'œdème. — Ventre augmenté de volume au niveau de l'hypogastre, et présentant à ce niveau une saillie considérable. Circconférence abdominale mesurant 1 m. 10. — Fluctuation sur la ligne médiane et à droite. Consistance rappelant celle des fibromes. Matité absolue sur toute la surface de la tumeur; perception du flot très nette dans une grande partie de son étendue; sonorité évidente sur tout son pourtour à l'épigastre, à l'hypogastre et surtout dans la région lombaire. Tumeur complètement dépourvue de mobilité.

La consistance plus solide de la tumeur à gauche et en bas, donne à supposer qu'elle s'est développée dans l'ovaire gauche et la douleur qui détermine de ce côté le toucher vaginal fait craindre l'existence d'assez nombreuses adhérences.

Opération, 6 septembre 1867. — Incision sur la ligne médiane, de l'ombilic au pubis. Pas de liquide dans sa cavité abdominale. — Les bords de l'incision écartés, la face antérieure de la tumeur apparaît recouverte de l'épiploon qui ne peut être éloigné à cause des adhérences contractées avec la tumeur. — Ponction au travers de l'épiploon. Issue de trois litres d'un liquide épais, visqueux, brun jaunâtre. — La tumeur ayant diminué de volume, la main de l'opérateur est introduite dans la cavité péritonéale. — Les adhérences de l'épiploon avec le bassin et la tumeur sont successivement détruites sans qu'il y ait d'hémorrhagie susceptible de nécessiter l'application de ligatures. — Péan constate alors que la tumeur est absolument indépendante de l'ovaire et des organes contenus dans le bassin. L'incision est agrandie et prolongée sur le côté gauche jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. — La partie du kyste constituant la poche évacuée par la ponction peut alors être amenée dans l'angle supérieur de la plaie. — Une incision est pratiquée dans la partie la plus amincie de cette poche, et permet de l'attirer au dehors en même temps qu'elle donne issue au liquide qu'elle contenait encore.

Le chirurgien constate alors qu'il est en présence d'un kyste uniloculaire

développé dans l'épaisseur de la rate hypertrophiée. — Il lie successivement les diverses branches de l'artère splénique, de manière à circonscrire et à isoler la portion de la rate qui portait le kyste. — Une veine volumineuse qui partageait en arrière la surface de la tumeur est liée le plus près possible de son embranchement dans la veine splénique. La partie inférieure de la tumeur est réséquée sans hémorrhagie.

La partie supérieure, constituée par le tiers environ de la rate, étant dès lors devenue accessible, quelques adhérences intestinales et épiploïques sont détachées, sans qu'il se produise d'hémorrhagie sérieuse. Quatre ligatures métalliques sur l'épiploon gastro-splénique. Extirpation des portions restantes de la rate au moyen de la cautérisation au fer rouge, pour plus de précautions, après les avoir étreintes dans un clamp spécial et cousu en vue d'obtenir par l'étranglement des tissus des eschares linéaires. Toilette du péritoine. Fermeture complète de l'incision abdominale. — Durée de l'opération : plus de deux heures.

Journée et nuit suivantes : Température normale, P. 80, respiration devenue libre. — Suites simples. — Le dixième jour, la malade se lève.

Poids de la tumeur : 1.140 grammes.

OBS. 61. — *Kyste de la rate. Splénectomie. Guérison.* (CRÉDÉ. *Archiv. de Langenbeck*, 1882, t. 28, p. 2. — *Berlin. klin. Woch.*, 26 juin 1882. — *Gaz. med. ital. Prov. Venete*, 12 janvier 1884. — In FOUBERT, obs. 29.)

Homme de 44 ans. A la suite d'un traumatisme dans la région de la rate, il éprouve de vives douleurs qui durent cinq jours consécutifs. — Un an avant l'opération, il remarque, du côté gauche de l'abdomen, une tumeur du volume du poing, sensible seulement à une forte pression et qui grossit rapidement.

En examinant le malade, on trouve, en effet, une tumeur du volume d'une tête de fœtus, fluctuante, mobile, fixe à sa partie supérieure. Le chirurgien hésitant entre une hydronéphrose et un kyste de la rate, se décide (25 septembre 1881) à pratiquer une incision au niveau du muscle droit de l'abdomen gauche, depuis les côtes jusqu'à la crête iliaque, et tombe sur une tumeur à parois minces, contenant environ 1.350 grammes d'un liquide jaune, limpide, et contenant de nombreux cristaux de cholestérine, qu'il évacue par la ponction.

Une légère traction permet d'attirer au dehors la tumeur qui occupe toute la moitié inférieure de la rate. M. Crédé procède alors à l'extirpation de cet organe, après avoir lié toutes les artères du pédicule qui d'ailleurs est très court. Perte de sang presque nulle. — Poids de la rate enlevée : 1.720 grammes. — Guérison en 14 jours sans réaction inflammatoire.

Toutefois il est à noter que, malgré ce résultat opératoire satisfaisant, le malade ne tarda pas à tomber dans une anémie profonde, avec gonflement visible de la thyroïde qui dura environ quatre mois, mais diminua à mesure que l'état du malade s'améliorait, jusqu'à disparaître complètement.

Dès le huitième jour qui suivit l'opération, on constata une augmentation du nombre des globules blancs, 1 G. B. : 3 à 4 G. R. Au bout de deux mois, tout reentra dans l'ordre normal. Pas de gonflement des ganglions lymphatiques.

Dix mois après l'extirpation de sa rate le malade jouissait encore d'une bonne santé.

En 1885 la guérison persistait complète. (Crédé, *Verhandl. d. deut. Gesel. f. Chir.*, 1885, p. 63.)

OBS. 62. — *Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. Guérison.* (J. KNOWSLEY THORNTON. *Medico-chir. Transactions*, vol. 69, 1886, p. 407. — *British med. Journ.*, avril 1886, p. 740. — In FOUBERT, obs. 33.)

Fille de 19 ans, anémique, sans être amaigrie ; les différents organes sont sains. Elle porte dans le flanc gauche une volumineuse tumeur fluctuante, mobile, mate. On peut la repousser sous les côtes, et en ce cas sa partie inférieure ne descend qu'un peu au-dessous de l'ombilic ; mais cette réduction détermine des tiraillements pénibles. La tumeur ne fait pas saillie dans le pelvis et est indépendante de l'utérus.

Le diagnostic reste douteux. Est-ce un kyste dermoïde de l'ovaire à long pédicule : n'est-ce pas plutôt un rein kystique ? On élimine l'origine splénique en raison de la situation inférieure de la tumeur.

Opération, 22 avril 1884. — Laparotomie médiane. On croit d'abord qu'il s'agit du rein gauche ; mais celui-ci est à sa place normale, et on reconnaît bientôt qu'on a affaire à un kyste de la rate. Les adhérences de l'épiploon avec la portion inférieure de la tumeur expliquent les douleurs que causaient la projection de la rate en haut. Ligatures et section de l'épiploon. On attire hors du ventre la partie inférieure de la tumeur. Ligatures et section du pédicule. Au moment où on tire sur le pédicule pour le sectionner, la malade se cyanose, tombe dans le collapsus ; elle ne revient à elle qu'après la section du pédicule splénique, avec des injections sous-cutanées d'éther. Pas d'hémorrhagie.

La tumeur était constituée par un volumineux kyste, rempli de sérosité rougeâtre où nageaient des cristaux de cholestérine. Au-dessus de la poche principale se voyaient des kystes secondaires plongeant dans le tissu splénique.

Soir de l'opération. — T : 38°,7. — P. 120. — R. 32.

La température, le pouls, la respiration deviennent rapidement normaux. Pendant quelques jours la malade accuse de la douleur dans la région du pédicule et quelque gêne de la respiration. Réunion de la plaie par première intention. Puis phlébite du membre inférieur gauche.

L'examen du sang, pratiqué pendant la convalescence, montra d'abord un excès de leucocytes ; mais ni le corps thyroïde, ni les ganglions ne parurent s'hypertrophier.

La malade jouit actuellement d'une excellente santé.

OBS. 63. — *Kyste hydatique dans une rate mobile.* (FEHLEISEN. *Deutsch med. Woch.*, 1888, XIV, 49, p. 1003, obs. I. — *Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 25, p. 512.) — In LIEFFRING, obs. 12. — TRINKLER. *Rev. de Chir.*, 1894, p. 159.) — Opér.: BERGMANN.

Femme, 38 ans. Depuis 1883, violentes douleurs dans les côtes gauches,

s'irradiant vers les lombes, qui persistent plusieurs semaines. En août 1883 on remarque dans le côté gauche du ventre, sous les fausses côtes, une tumeur du volume du poing, légèrement mobile et grossissant lentement, sans donner lieu à des troubles marqués. — En novembre 1886, elle a le volume d'une tête d'adulte, est lisse, pas nettement fluctuante, très mobile, occupe toute la partie gauche du ventre. — Une ponction exploratrice ramène un liquide clair comme de l'eau et des crochets. — Diagnostic : kyste hydatique dans une rate mobile.

Opération, 5 novembre 1886. — Splénectomie assez difficile en raison de nombreuses adhérences que la tumeur avait contractées avec l'épiploon et l'intestin. — Le parenchyme splénique était normal en dehors du kyste. — Guérison.

Aucune modification du sang, ni avant, ni après l'opération.

OBS. 64. — *Kyste séro-sanguin de la rate. Splénectomie. Guérison* (1). (SPENCER WELLS. *Brit. med. Journ.*, 1889, II, p. 55. — In LIEFFRING, obs. 21.)

M^{me} R., 21 ans. A l'âge de 4 ans, fièvre paludéenne, puis la santé se rétablit. En 1887, appelé en consultation, je trouvais une tumeur ferme, ronde et grosse comme le poing, dans la région de l'ovaire gauche, mais mobile sans communiquer ses mouvements à l'utérus. Utérus normal. — La malade pouvant être enceinte, je me décidai à attendre.

Le 4 septembre, la malade étant enceinte de 7 mois, la tumeur, qui a peu augmenté de volume, a été refoulée par l'utérus dans l'hypochondre gauche. — Accouchement normal le 2 novembre. Au bout de 7 jours, la tumeur a repris progressivement sa position primitive, mais elle est un peu plus grosse qu'avant la grossesse.

Le 12 février 1888, la tumeur est en avant de l'utérus, s'étend de l'ombilic au pubis, sur une longueur transversale de 25 centimètres; indolore, ferme et lisse à la pression, bords fermes et arrondis. Le 1^{er} mars, diagnostic : rate déplacée et hypertrophiée. — Examen du sang : aucune trace de leucémie.

Le 28 mars : Tumeur, très augmentée de volume, s'étend de l'appendice xiphoïde au pubis et remplit entièrement l'abdomen en avant ; dure et sensible à la pression. Tiraillements douloureux dans le dos et les cuisses. Insomnie. Anorexie. Pendant 8 jours, état critique, péritonite avec fièvre (38°,4 à 40°), douleurs vives, vomissements fréquents. Au bout de dix jours disparition des troubles, et la tumeur diminue des deux tiers.

Le 17 avril : Retrait de la tumeur cesse ; quelques points de ramollissement augmentant avec rapidité et confluent. Dyspnée et vomissements. — 2 mai : aggravation. *Ponction* retire 5 litres d'un liquide brun rougeâtre, composé en grande partie de globules rouges ramollis et de leucocytes en grand nombre. — Le liquide se reproduit rapidement. On se décide à l'ablation de la rate.

12 mai : Pas d'augmentation marquée des globules blancs du sang.

Opération, 13 mai. — Pendant l'opération, la paroi du kyste se rompt et laisse échapper 4 à 5 litres de liquide brun rougeâtre, semblable au liquide retiré

(1) Histoire de la maladie par Mac Call.

par la ponction, mais moins épais. La partie saine est formée par le tissu de la rate hypertrophiée (elle pèse 4 livres). Adhérénces nombreuses avec intestins, utérus et, la plupart, séparables excepté à la partie antérieure où elles sont si tenaces qu'on préfère y laisser une partie de la paroi du kyste, longue de haut en en bas de 4 pouces et large transversalement de 2 à 3 pouces. La malade très épuisée n'aurait pu supporter l'ablation complète. Ligature à la soie des vaisseaux spléniques. Pas de drainage. — Durée de l'opération : 50 minutes,

Malade reste très affaiblie pendant deux jours, puis se remonte progressivement. Température normale ou un peu au-dessous. — 19 mai : Douleurs. Abdomen un peu gonflé, particulièrement à droite de la plaie ; matité douloureuse à la percussion. Pouls et température normaux. — 20 mai. État aggravé. Liquide jaune, fétide, s'écoule par la plaie. Figure tirée. Pouls rapide ; apyrexie. Drainage de la plaie. — Le 22 : Amélioration qui s'accroît progressivement. — 22 juillet : Il ne reste plus qu'une petite ulcération. Aucune douleur.

Un an après l'opération, 14 mai 1889. — Santé restée parfaite. Cicatrice ferme. Pression de l'abdomen indolore.

Examen du sang (DRECHFELD).

G. R. = 4.500.000

G. B. = 7.060

Hémoglobine = 75 à 80 p. 100.

OBS. 65. — *Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. Guérison.* (MAS. Bol. del Inst. med. Valenciano, janvier 1889. — Cent. f. Chir., 1889, p. 719).

C'est la première extirpation de la rate qui fut pratiquée avec succès en Espagne.

Femme de 32 ans. Six ans auparavant elle avait remarqué, pour la première fois, dans l'hypochondre gauche, une tumeur qui était dure et mobile ; elle n'en souffrait qu'à la pression. La tumeur augmentait de volume et la malade se sentait souvent oppressée.

Actuellement (22 avril) existent des douleurs qui s'irradient dans tout l'abdomen. La malade a la sensation de dépression psychique. À l'examen on constate que la paroi abdominale est soulevée par la tumeur. La percussion, très douloureuse pour la femme, accuse une matité qui s'étend de la région ombilicale jusqu'à la région de la rate. Pas de fluctuation. Foie normal. À la ponction exploratrice on retire du liquide qui ressemble à celui d'un kyste hydatique.

Mas diagnostique : kyste hydatique de la rate.

Opération, 12 mai. — Incision sur le bord externe du muscle droit à gauche. L'épiploon qui recouvrait la tumeur fut rabattu en haut. Ponction de la tumeur avec le trocart de Péan. Splénectomie après division du pédicule en deux portions, qu'on lie au catgut, puis ligature en masse.

La tumeur pesait 830 grammes. Pas de fièvre pendant les quatre premiers jours. Ensuite apparurent les symptômes de la péritonite circonscrite : 40°,3, chute de la fièvre après l'administration de calomel et d'opium et après l'application de la glace sur le ventre.

La plaie guérit per primam. Le 31 mai, la malade entre en convalescence. Sang normal. Mas pense que la péritonite a été due à la ligature qui n'a pas été résorbée, et qui, comme un corps étranger, a provoqué une inflammation. Onze mois après l'opération, la malade était en excellente santé.

OBS. 66. — *Cas de résection de la rate pour kyste.* (FR. FINK. *Zeitschrift für Heilkunde*. Prag., 1889, X, 353.)

Garçon de 14 ans, de bonne santé antérieure. Pas de malaria. Cinq mois avant son entrée à l'hôpital, il commença à souffrir dans la région de la rate. Bientôt il s'aperçut de la présence d'une tumeur mobile dans la région épigastrique. Puis apparurent de la fièvre, des nausées, des vomissements ; et le malade fut obligé de rester au lit huit jours.

Ces phénomènes s'atténuèrent ensuite considérablement et l'état général devint assez bon. Cependant la tumeur continuait à s'accroître : le malade ressentait de la pesanteur et de la gêne pour respirer dans le décubitus.

L'abdomen était tuméfié dans sa moitié gauche et renfermait une tumeur régulière de 25 centimètres de longueur. Le pôle supérieur de la tumeur atteignait l'arc costal gauche, le pôle inférieur s'étendait jusqu'à la ligne médiane. Consistance élastique, fluctuante. La tumeur était tellement mobile qu'on pouvait la refouler dans la moitié droite de l'abdomen. Les différents organes étaient sains. Hémoglobine normale.

Diagnostic : Kyste de la rate ou hydronéphrite du rein gauche.

Opération. — Incision médiane de 15 centimètres de longueur. On constate que la tumeur siège à la partie inférieure de la rate, dont la partie supérieure semble normale. On résèque une portion de la rate de façon à enlever le kyste en laissant la rate. Les cas de Péan et de Crédé ont en effet montré que l'extirpation de la rate pour un kyste, produisait des troubles circulatoires. On sectionne donc une portion du ligament gastro-splénique.

Pendant les deux premiers jours le pouls est un peu rapide. Trois semaines après le malade se lève et quitte l'hôpital à la fin de la quatrième semaine. A ce moment, l'état général est bon, l'appétit est excellent ; pas d'adénopathie ni d'hypertrophie thyroïdienne.

Examen du sang. — G.R. = 3.740.000

G.B. = 15.333

Le malade se remet facilement au travail. Six mois après la santé était excellente ; pas de douleurs abdominales, sauf à gauche parfois ; la matité de la rate est un peu augmentée.

OBS. 67. — *Résection partielle de la rate pour kyste.* (BARDENHEUER. *Deutsche med. Woch.*, 1890, n° 36, p. 801. — *Revue des sciences médicales*, t. 37, p. 614.)

Femme de 47 ans. Au commencement de 1890 éprouva de vives douleurs à l'hypochondre gauche ; un médecin constate une tumeur qu'il considère comme un kyste de l'ovaire gauche. Bardenheuer voit la malade le 20 juin. Il trouve le petit bassin rempli par un kyste gros comme une tête d'enfant, refoulant

l'utérus en avant et à droite, peu mobile, retenu par des adhérences multiples. Il pense à un kyste de l'ovaire gauche ou du ligament large gauche.

Le 21 juin, incision exploratrice transversale sus-symphysienne, allant du bord externe du muscle droit du côté droit au tiers externe du ligament de Poupart du côté gauche. Libération des adhérences du kyste dans le bassin sans ouvrir la cavité péritonéale; décortication extra-péritonéale du kyste impossible dans les parties supérieures, il faut inciser la séreuse. En attirant à l'extérieur le kyste diminué de volume par la ponction on s'aperçoit qu'il provient de la rate.

L'auteur comprime la rate au-dessus du kyste et incise la partie attenante au kyste. Le parenchyme splénique fournit peu de sang; la capsule en donne un peu au voisinage du hile. Quelques sutures, thermo-cautérisation, application d'iodoforme. La rate, diminuée d'un tiers, est abandonnée dans la cavité abdominale et reprend sa place dans l'hypochondre gauche. Suture complète de la plaie péritonéale, tamponnement de la cavité extra-péritonéale à la gaze stérilisée.

Suites simples. — Pas de leucocytoses. Quitte l'hôpital à la fin de la septième semaine. Disparition complète des douleurs.

OBS. 68. — *Kyste séro-sanguin de la rate. Excision. Guérison.* (TERRIER. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, 2 nov. 1892, p. 661.)

M^{me} G..., 33 ans, trois enfants.

À la fin d'avril 1891, elle fut prise d'oreillons. À cette date elle ressentait quelques douleurs de ventre et celui-ci semblait grossir; ces douleurs étaient localisées à gauche. Le ventre continue à grossir et les douleurs s'accroissent toujours à gauche.

À la fin de juillet, le Dr Ollivier constata l'existence d'une tumeur dans le flanc gauche; tumeur qui paraît augmenter en août.

Je vois la malade à la fin d'octobre 1891. Au niveau de l'ombilic, remontant au-dessus et au-dessous de cette cicatrice, existe une tumeur du volume du poing, dépassant la ligne médiane à droite de 4 centimètres et se prolongeant à gauche de 10 centimètres environ. Cette tumeur est mobile de droite à gauche et de bas en haut. En haut et à gauche existe un large et solide pédicule qui remonte sous l'hypochondre. La tumeur est mate et résistante. Toute cette exploration est douloureuse, surtout au niveau du pédicule.

Je diagnostiquai un kyste, peut-être hydatique, de l'épiploon ou de la rate; et je rejetai l'idée d'un déplacement du rein émise par MM. Ollivier et Debove.

Un point à noter, c'est que la malade disait souffrir de ce côté gauche, depuis le jour déjà ancien où, prenant une douche, un jet maladroitement lancé vint la frapper juste au point où s'est développé la tumeur actuelle.

Opération, 16 novembre 1891. — Incision médiane sus et sous-ombilicale. Le péritoine ouvert, on repousse à droite l'épiploon, l'estomac et les anses grêles de l'intestin. On arrive alors sur une tumeur arrondie, adhérente de tous côtés à l'épiploon gastro-splénique; ces adhérences furent assez facilement

détruites. La tumeur, de couleur rouge brun, fut ponctionnée et on en retire du sang avec des caillots. Du reste, la poche kystique se déchire et le liquide s'écoule par cette déchirure. C'est un liquide noirâtre qui devient rutilant à l'air.

La tumeur demi-vidée, le trocart s'étant obstrué par des caillots, la néoformation fut attirée au dehors et l'on vit qu'il s'agissait bien d'un kyste de la rate. Ce kyste semble formé par un décollement de la capsule et occupe la face concave de la rate, un peu hypertrophiée.

Excision, avec les ciseaux, de toute la paroi kystique et au ras de son insertion sur la rate; puis cautérisation de la section et de la surface splénique incluse dans le kyste avec le thermo-cautère.

La rate replacée dans l'hypochondre et le péritoine bien essuyé, on fit la suture de la paroi à trois étages. L'opération avait duré 56 minutes.

Les suites immédiates furent excellentes, sauf des douleurs vives le premier jour. Mais le quatrième jour la température monta par suite de l'apparition d'un abcès au niveau de deux points de suture, abcès qui fut suivi d'une induration profonde et d'accidents généraux, de vomissements rebelles évidemment réflexes. — Le 20 décembre la malade se lève et elle retourne chez elle le 30 décembre. — La convalescence est presque terminée à la fin de janvier 1892 et M^{me} G... se portait fort bien en février et mars 1892; en avril, après un long voyage et un deuil de famille, M^{me} G... offre quelques accidents thoraciques. En mai, un de ses enfants se jetant sur elle lui contusionne la région splénique, qui depuis lors est douloureuse.

J'ai revu M^{me} G... hier et ai constaté la persistance d'une hypertrophie légère de la rate, avec un peu de douleur à la pression; du reste il n'y a plus de tumeur et l'état général est assez bon, quoique la malade soit toujours fort nerveuse.

L'examen du kyste a été fait avec soin. Le liquide est constitué par du sang coagulé (fibrine) et du sérum, contenant des globules rouges et blancs, ceux-ci en proportion normale. La paroi est formée de tissu conjonctif à fibres intriquées, présentant des dépôts calcaires par places; sa face intérieure est tomenteuse et recouverte de fibrine.

OBS. 69. — *Splénectomie pour kyste hydatique de la rate.* (PIRRI. *Soc. med. chir. di Bologna*, 3 juin 1892. — *Rif. med.*, 1892, II, 742.) Opér. : NOVARO.

Homme de 16 ans. Depuis l'âge de 9 ans, tuméfaction épigastrique. Un médecin fit le diagnostic de kyste hydatique et ponctionna la tumeur.

État actuel. — Tumeur ovoïde, située dans le quart supérieur gauche de l'abdomen, de la grosseur d'une tête de fœtus; elle suit un peu les mouvements respiratoires; fluctuation évidente. Diagnostic : Kyste hydatique de la rate adhérent à la paroi abdominale et peut-être à d'autres organes abdominaux.

Opération (1891). — On commence l'opération avec l'intention d'exécuter le procédé de Lindemann, en un temps. Laparotomie. La tumeur se continue par sa partie supérieure avec la rate; elle est adhérente à la paroi abdominale, à

l'épiploon, à l'estomac. L'incision de la tumeur donne issue à deux litres de liquide purulent. Les parois sont complètement calcifiées. Pour cette raison qui ne permet pas d'attendre la guérison par le procédé de l'incision simple, on se décide à faire la splénectomie. Drainage à la Mikulicz.

Dans la suite, la température oscille entre 36°,7 et 37°,2. Le malade quitte l'hôpital le 14^e jour, complètement guéri.

Examen de la tumeur. — Rate : Long. 9 centimètres, largeur 5 cent. 5, épaisseur 5 millimètres. Distance de l'extrémité supérieure de la rate à l'extrémité inférieure de la tumeur : 23 centimètres. Circonférence maxima de la tumeur : 41 centimètres.

OBS. 70. — *Splénectomie pour kyste de la rate. Guérison.* (CHALITE. *Soc. de méd. de Kieff.* — *Wratch*, 1894, n° 9. — *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1290.)

La malade, âgée de 36 ans, est entrée à l'hôpital avec de la dyspnée, de la pesanteur et des douleurs abdominales. Il y a deux ans, à la suite d'un accouchement, elle s'est aperçue de l'augmentation de volume du ventre et de l'œdème des jambes.

À l'entrée à l'hôpital, la malade est très émaciée. Le ventre est énorme, sa partie gauche est plussaillante que la droite et on y constate à la palpation une tumeur dure, indolore, plus ou moins mobile, remontant sous les fausses côtes gauches où son bord supérieur ne peut être délimité. Pas d'ascite.

Diagnostic. — Tumeur kystique ou kyste hydatique de la rate.

LAPAROTOMIE EXPLORATRICE. — On tombe sur une tumeur de couleur brune, adhérente au grand épiploon et aux anses intestinales, de consistance mollesse. Ponction et évacuation de 8 litres de liquide brunâtre où nageaient des lambeaux de tissu splénique. La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était formée d'une capsule remplie de lambeaux dégénérés de tissu splénique. Seule la partie supérieure de la rate était composée de tissu normal. Section des adhérences, section du pédicule entre deux ligatures, extraction de la rate.

Suites opératoires. — Excellentes. Deux mois après, santé excellente.

OBS. 71. — *Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. Guérison.* (HAHN. *Réunion libre des chirurgiens de Berlin*, 10 juin 1895. — *Soc. de méd. de Berlin*, 12 et 26 juin 1895. — *Deutsch. med. Woch.*, 11 juillet 1895, 441. — *Centr. f. Chir.*, 1895, 880. — *Semaine méd.*, 1895, 273 et 291. — *Mercredi méd.*, 1895, 335.)

Femme de 35 ans, bien portante, ayant eu huit enfants. — Après le dernier accouchement se développa une tumeur dans le flanc gauche. La tumeur, des dimensions d'une tête d'enfant, était lisse, très mobile et pouvait être repoussée en haut sous les côtes, en bas jusque dans la région inguinale. Elle était fluctuante, indolore, arrondie ; pourtant à la palpation, on pouvait sentir très vaguement qu'elle se terminait en bas par un bord tranchant. — Rien du côté du cœur ni des poumons. Amaigrissement assez marqué.

Examen du sang. — Rapport de 1 à 160 entre les hématies et les globules blancs.

LAPAROTOMIE. — Par une pression exercée au niveau de la région lombaire, la tumeur a pu être très facilement amenée hors de la plaie. On a pu alors constater qu'il s'agissait d'une tumeur kystique de la rate, développée sur la face concave de l'organe et ayant amené une atrophie pour ainsi dire complète du parenchyme splénique. Grâce à la longueur du pédicule et à l'absence des adhérences, le hile fut sectionné et le pédicule réintégré dans l'abdomen.

La tumeur était un kyste hydatique.

Guérison sans complications. Les troubles que présentait la malade disparurent en quelques jours, en même temps que le nombre des leucocytes diminua dans une proportion considérable, si bien que l'examen du sang, fait quelque temps après l'opération, donna un rapport de 1 à 600.

OBS. 72. — *Kyste hydatique. Énucléation du kyste ; blessure accidentelle de l'artère splénique ; splénectomie. Guérison.* (V. SNÉGUIREW, de Moscou. *Semaine médicale*, p. 78.)

Femme de 27 ans. La tumeur splénique, attirée hors de la cavité abdominale à travers une incision de la ligne blanche, présentait les dimensions d'une tête d'adulte. Le pédicule était large de 6 centimètres environ ; on y sentait battre le pouls de l'artère splénique et on apercevait des veines ayant le volume de grosses plumes d'oie.

M. Snéguirew mit en pratique son procédé d'hémostase par la vapeur chaude. Quand l'action du jet de vapeur eut déterminé le ratatinement du tissu splénique à la base du kyste, on pratiqua à ce niveau avec le bistouri, à travers la rate, une incision de 7 centimètres sans la moindre effusion de sang ; puis par cette incision on procéda à l'ablation du kyste au moyen des doigts. Lorsque la tumeur fut à moitié énucléée, il survint une forte hémorrhagie provenant des parties profondes de la glande. Pour se frayer un accès vers la source de l'hémorrhagie, on sectionna en deux lambeaux, sous la vapeur d'eau, la portion déjà extirpée du kyste et l'on fit agir le jet de vapeur directement sur le point d'où l'on voyait sourdre le sang. L'hémorrhagie s'arrêta aussitôt. Il ne restait plus qu'à énucléer une portion de la tumeur qui se trouvait près du hile, ce qui put être fait sans perte de sang, toujours avec l'aide de la vapeur d'eau chaude.

Après l'extirpation du kyste la rate avait encore le double ou le triple de son volume normal et présentait une plaie profonde, divisant l'organe en deux portions, l'une supérieure et l'autre inférieure. M. Snéguirew se proposait de suturer cette plaie, de combler avec de la gaze iodoformée la cavité résultant de l'extirpation du kyste, puis de pratiquer une incision de la paroi abdominale le long du rebord des fausses côtes gauches et d'y fixer la rate par des points de suture en laissant sortir par la plaie cutanée l'extrémité de la lanière de tarlatan iodoformée employée pour le tamponnement de la perte de substance splénique. Mais en appliquant les points de suture sur la rate, il piqua l'artère splénique qui donna un fort jet de sang. Celui-ci fut arrêté immédiatement par

l'action de la vapeur d'eau chaude. Malheureusement la vapeur avait agi avec trop d'intensité, l'artère splénique était pour ainsi dire « cuite et thrombosée ».

Comme dans ces conditions on avait à redouter une gangrène de la rate, on se vit obligé de pratiquer la splénectomie.

Les suites opératoires furent des plus bénignes. La plaie cutanée se réunit par première intention et l'opérée guérit sans avoir présenté la moindre réaction fébrile.

OBS. 73. — (T. VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 510; obs. 12.) — Opér. : E. TRIGOMI.

Ester E..., 34 ans. Kyste hydatique de la rate. — Splénectomie (12 août 1895) : Incision médiane de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, en déviant légèrement à gauche. Ligature du pédicule en deux portions (soie). Durée : 40 minutes. — Poids de la rate : avec le sang, 1.020 gr. ; sans le sang, 970 gr. — Guérison.

Sang. — Avant l'opération : Un G. B. pour 380 G. R.
Hémoglobine, 80

Après l'opération : Un G. B. pour 300 G. R.
Hémoglobine, 80,3

OBS. 74. — *Énorme kyste hydatique suppuré de la rate. Adhérences très nombreuses. Splénectomie difficile. Guérison.* (THOMAS JONNESCO. *Progrès méd.*, 20 mars 1897, p. 180. — *Congrès internat. de méd.*, Moscou, août 1897. — *Presse méd.*, 1^{er} sept. 1897, p. 125. Obs. 7.)

N. C..., Bulgare de Varna, âgé de 24 ans. — A plusieurs reprises, accès de fièvre intermittente. — Pesanteur et douleur dans le flanc gauche lorsqu'il marche ou travaille. Diagnostic : kyste hydatique de la rate occupant l'hypocondre et le flanc gauches, la région ombilicale et une partie du flanc droit. Rate fixe.

Opération, 14 décembre 1896. — Incision médiane de l'appendice xiphoïde à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On constate une énorme tumeur occupant toute la rate. Adhérences multiples solides, formant une véritable symphyse abdomino-splénique, dont la destruction nécessite l'arrachement de la paroi abdominale à plusieurs endroits. Symphyse spléno-diaphragmatique, ouverture de la plèvre à deux reprises. Pédicule court; vaisseaux volumineux. Splénectomie. Hémostase de la loge splénique difficile. Fermeture de la plaie sans drainage. — Durée de l'opération : une heure dix minutes.

Suites opératoires. — Congestion pulmonaire. Réunion de la plaie *per primam*. Sorti de l'hôpital parfaitement guéri.

Presque toute la tumeur est formée par un vaste kyste hydatique suppuré, contenant trois litres de liquide purulent.

Le tissu splénique est réduit à une mince lame occupant l'extrémité supérieure de la tumeur. Parois du kyste épaissies, présentant des plaques calcaires.

Examen du sang : — Avant l'opération : 5.600,000 G. R., 11,000 G. B.,

proportion 1/509. — Après l'opération : 2.500.000 G. R., 15.000 G. B., proportion 1/167.

Tonicité urinaire, coefficient uro-toxique, avant l'opération, 85 centimètres cubes ; après l'opération, 160 centimètres cubes.

OBS. 75. — *Splénectomie pour kyste séro-sanguin de la rate mobile.* (ALESSANDRO GHETTI. *Gazetta degli ospedali e delle cliniche*, 4 août 1896, p. 1257.) Opér : AUGUSTO MORESCHI.

Caterina F..., 42 ans. Plusieurs accouchements. 12 jours après son dernier accouchement (1893), fortes douleurs dans l'hypochondre gauche qui se reproduisent trois à quatre heures dans la soirée chaque jour et disparaissent au bout de 25 jours, puis réapparaissent. Elle remarque, en juillet 1896, à la suite d'un coup sur le flanc gauche, l'existence d'une tumeur dans le côté gauche, qui augmente progressivement.

État actuel, 23 août. — Bon aspect. Matité hépatique normale. Disparition de la matité splénique. Dans l'hypochondre gauche, tumeur, de 25 centimètres de diamètre environ, fluctuante, mobile, ne présentant pas de frémissement hydatique. On détermine des douleurs en attirant la tumeur en bas. Organes génitaux indépendants de la tumeur. — Urines normales.

Diagnostic. — Kyste de la rate.

Opération, 24 août 1896. — Incision de 20 cent., longitudinale, à trois travers de doigt de la ligne blanche. Deux clamps sur le pédicule ; puis ligature à la soie après transfixion. Libération des adhérences qui maintenaient la tumeur au côlon descendant. Opération facile. — Durée de l'opération : 2 heures.

Examen anatomo-pathologique. — Poids de la tumeur, 1.315 gr. Dimensions : 29 et 23 cent. Pulpe splénique de coloration normale, mais plus consistante. L'incision du kyste qui fait corps avec la rate donne issue à 950 gr. de liquide brûnâtre. — *Examen microscopique.* — Rate normale, les parois du kyste, conjonctives, sont recouvertes par un épithélium. Le liquide renferme de nombreux G. B. et G. R. en état de désagrégation.

Suites. — Apyrexie. Guérison complète le 6 septembre.

<i>Examen du sang :</i>	RAPPORT DES G. B. AUX G. R.	HÉMOGLOBINE.
Avant l'opération.....	1 : 300	85 p. 100
3 ^e jour après l'opération.....	15 : 300	50 p. 100
9 ^e » » »	15 : 300	52 p. 100

OBS. 76. — *Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. Guérison.* (H. HARTMANN. *Congrès français de chir.*, Paris, octobre 1897.)

Femme de 29 ans, présentant une tumeur abdominale. Le début de cette tumeur remonte à une époque assez éloignée. Dès l'âge de 17 ans, trois mois avant sa première grossesse, la malade a constaté dans l'hypochondre gauche la présence d'une tumeur du volume d'un *œuf de poule*. Cette tumeur a persisté après l'accouchement et s'est progressivement développée, restant indolore et ne déterminant jusqu'à l'an dernier aucun trouble de la santé.

La malade a eu depuis cette époque *sept grossesses* qui se sont toutes terminées par un accouchement à terme.

Il y a un an, un mois *après son dernier accouchement*, la malade a commencé à éprouver des douleurs continuelles dans les lombes, *douleurs* augmentant dans la station assise, mais ne gênant pas la marche. En même temps elle se mit à souffrir d'une *constriction épigastrique* continue, augmentant après les repas et le soir. Les *digestions* devinrent *difficiles* ; les aliments semblaient s'arrêter pendant plus d'une heure au creux épigastrique et la respiration elle-même était gênée par la sensation de constriction. Depuis trois mois, il semble que, de temps à autre, la tumeur remonte vers l'épigastre, ce qui détermine une sensation d'étouffement. A la suite de ces divers accidents la malade a *maigri de dix-huit livres en quatre mois et demi*.

20 février 1897. A l'examen de l'abdomen, on constate l'existence d'une tumeur, ayant une forme générale rappelant celle d'un haricot, dont la convexité inférieure gauche répondrait à la fosse iliaque gauche et à l'hypogastre, dont le hile regarderait l'ombilic. Au palper, la tumeur présente des contours généraux arrondis avec une grosse bosselure du volume d'un fort poing d'adulte à sa partie supérieure gauche ; elle est lisse, tendue et rénitente. Submatité à la percussion superficielle dans ses parties saillantes, elle donne, sauf dans ses parties centrales, un peu de sonorité à la percussion profonde. Elle est indolente et extrêmement mobile dans tous les sens. Lorsqu'on la refoule en haut, ou encore plus nettement lorsqu'on place la malade dans la position élevée du bassin, elle vient se cacher en partie dans l'hypochondre gauche. On a alors une sensation nette de ballottement comparable à celle du ballottement rénal, mais en différant par ce fait qu'au lieu d'être provoqué par la succession de l'angle costo-vertébral, il est produit par des secousses imprimées par le doigt placé dans l'espace costo-iliaque.

Lorsque la tumeur a été réduite et qu'on fait asseoir la malade, elle retombe : la malade la sent retomber et éprouve une sensation de tiraillements. — On peut la refouler en grande partie à droite de l'ombilic, mais on ne peut l'amener dans l'hypochondre droit. Lorsqu'on l'attire fortement en bas on détermine une douleur rapportée à gauche de l'ombilic.

L'estomac est très dilaté ; le foie semble de volume normal ; les reins ne sont pas abaissés.

En présence de ces divers signes nous portons le diagnostic : *kyste dans une rate mobile*.

Urines, 400 grammes ; réaction acide ; densité 1022 ; urée 32 gr. 02 par litre ; ni sucre ni albumine.

SPLÉNECTOMIE, 1^{er} mars 1897. — Incision médiane s'étendant au-dessus et au-dessous de l'ombilic qu'elle traverse. La tumeur est entièrement cachée par l'épiploon et même, dans sa partie inférieure, par une portion du côlon, si bien que nous avons un instant d'hésitation sur sa nature. Nous commençons par libérer l'épiploon, qui est facile à décoller de la tumeur. Celle-ci est arrondie, grise dans sa partie inférieure, présentant, au contraire, l'apparence normale

du tissu splénique dans sa partie supérieure. Saisissant l'artère splénique entre le pouce et l'index, nous la comprimons, la dénudons à la sonde cannelée et en faisons la ligature isolée avec un fil de soie. Ceci fait, nous plaçons une série de pinces de Kocher sur le pédicule et sur les replis qui unissent la rate au côlon, à l'estomac et en arrière au diaphragme. Sectionnant alors ces différents replis entre deux pinces nous enlevons la rate et la tumeur. Ligature des petits paquets de replis successivement pincés ; les postérieurs sont à une profondeur assez grande. Résection de l'épiploon déchiqueté pendant la libération. Toilette du péritoine dans lequel il ne s'est, du reste, écoulé qu'une quantité de sang insignifiante.

L'opération a été des plus simples et n'a présenté comme particularité qu'une syncope chloroformique survenue au moment où nous commençons la libération de la rate et ayant nécessité quelques minutes de respiration artificielle.

La guérison a lieu sans incident. Le 3 mars la malade rend des gaz par l'anus ; le 5, elle a après un lavement sa première garde-robe. Le 8, nous enlevons une partie des fils ; le 14, nous enlevons les derniers. La malade quitte l'hôpital le 28.

Examen de la pièce. — La tumeur enlevée, vide de sang, pèse 1,100 grammes. A son extrémité supérieure on trouve du tissu splénique se présentant avec l'aspect d'une languette aplatie rappelant par sa forme l'extrémité d'une langue de bœuf. Cette languette, mince dans une étendue de deux travers de doigts, s'évase ensuite en une grosse masse arrondie, lobulée à sa surface. Au niveau de sa partie la plus convexe la tumeur prend une coloration grisâtre ; de même au niveau des gros globules qui terminent sa partie inférieure.

A la coupe, toute la partie inférieure, évasée de la rate, est occupée par une grande cavité kystique, bourrée d'une quantité d'hydatides qui nagent à la partie inférieure dans une bouillie caséeuse. Certaines hydatides sont remplies de liquide clair et ont des parois minces et transparentes ; d'autres sont jaunâtres ou grisâtres.

Examen histologique, fait par MM. BOURBON et MORAX. — Sur des coupes on constate, limitant la cavité périkystique, des couches de tissu conjonctif condensé, présentant en divers endroits de petites hémorragies. Cette couche conjonctive est assez épaisse et présente dans la partie en contact avec le tissu splénique des noyaux en assez grand nombre, tandis que du côté du kyste elle est purement conjonctive. La capsule de la rate est épaissie. Le tissu splénique proprement dit a conservé sa disposition normale ; on y constate encore des glomérules très nets, moins régulièrement disposés cependant et moins abondants que dans une rate normale.

Les travées conjonctives de la rate sont épaissies. Cette sclérose splénique se constate aussi autour des vaisseaux dont la paroi est augmentée d'épaisseur. Elle s'étend à tous les vaisseaux spléniques, artériels et veineux. Ces lésions, très marquées au voisinage de la cavité kystique, existent mais à un degré moindre dans le reste de la rate. En aucun point on ne trouve de dépôt pigmentaire.

Suites éloignées. — L'examen du sang a été répété à diverses reprises par M. Vaquez depuis l'opération (1).

	GLOBULES ROUGES.	HÉMO- GLOBINE	VALEUR HÉMOGLOB. (PAR MILLION DE GLOB.),	LEU- COCYTES.
24 février 1897 (veille de l'opération).....	3.400.000	100	29 μ g.	4.250.
5 mars.....	3.800.000	85	22	7.000
Fin mars.....	3.250.000	80	24	5.400
17 avril.....	3.726.000	84	22	5.000
3 juin.....	3.480.000	100	29	7.200

OBS. 77 (Inédite). — *Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. Guérison.* (G. RICHELOT.)

Eugénie Th..., femme L..., âge de 35 ans, jardinière. Quatre accouchements normaux, pas d'avortements. Bonne santé antérieure.

Vers le mois de mars 1897 la malade ressentit dans le flanc gauche un endolorissement vague qui a persisté depuis cette époque. En même temps apparaissaient des troubles digestifs.

Elle entre le 28 mai 1897 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Richelot. Elle se plaint d'une sensation de pesanteur abdominale qui l'empêche de travailler, de marcher et même de se tenir longtemps debout. Elle est oppressée au moindre effort. L'appétit a diminué; les digestions sont pénibles.

On trouve dans l'hypochondre gauche une tuméfaction qui dépasse la ligne médiane de quelques centimètres; elle forme une voussure très nette au-dessous du rebord costal gauche et au niveau de la moitié gauche de l'épigastre; elle est fluctuante, à peu près indolente à la pression. La matité est absolue à son niveau. Il n'y a pas d'ictère; les matières fécales ne sont pas décolorées. Les différents organes sont sains.

Opération, 3 juin 1897. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Le foie est normal. On découvre une énorme rate, fluctuante, se prolongeant sous le diaphragme. Le kyste paraît occuper presque tout l'organe. Par une ponction on retire un liquide trouble. En raison de la nature douteuse du liquide et de la destruction presque complète du tissu splénique, M. Richelot renonce à inciser et à marsupialiser le kyste. Après avoir agrandi l'incision abdominale, il se met en devoir d'énucléer la poche qui est résistante, peu adhérente, mais dont le volume rend l'énucléation difficile. Quelques catguts sont placés sur de petits vaisseaux qui saignent, mais surtout sur deux grosses veines qu'on voit à la partie inférieure de la tumeur. On n'aperçoit pas d'artères. En somme, il n'existait pas de véritable pédicule. L'hémostase ayant été rapidement obtenue on suture la plaie abdominale.

(1) Voir VAQUEZ, nouvelle observation de splénectomie chirurgicale avec examen du sang, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 5 juin 1897.

Suites opératoires. Très simples et apyrétiques. Guérison complète.

Examen de la rate. — Le tissu de la rate, aplati et atrophié, est refoulé à la partie postérieure du kyste. La paroi kystique est fibreuse, épaisse et résistante. Le liquide qu'elle renferme est louche, formé par de la sérosité dans laquelle quelques cristaux sont en suspension; il ne renferme ni crochets, ni cellules épithéliales, ni microbes. L'examen microscopique de la paroi kystique y montre la présence de crochets caractéristiques sur la face interne.

J'ai revu cette malade le 21 septembre dernier. Son état de santé est excellent. Les digestions sont normales; l'appétit est revenu. Les douleurs et la dyspnée ont complètement disparu. En somme, la guérison est parfaite.

V. — Splénectomies pour splénomégalie leucémique.

OBS. 78. — *Splénomégalie, leucocythémie, splénectomie.* (THOMAS BRYANT. *Guy's Hospital reports*, 1866, XII, p. 444. — *British and foreign med. surg. review*, janv. 1867. — In FOUBERT. Obs. 5.)

Homme de 20 ans, ayant vécu dans un pays à malaria, mais n'ayant jamais eu de fièvres intermittentes. — Tumeur splénique remontant à 6 mois. Elle remplit tout le côté gauche de la cavité abdominale, n'est pas fluctuante, ni douloureuse. Les autres organes semblent sains. — Les G. B. du sang sont plus nombreux que les G. R.

Tout traitement médical ayant échoué, on propose, après lui avoir toutefois expliqué la gravité, l'extirpation au malade qui accepte aussitôt.

Opération 20 juin 1866. — Incision verticale, allant du cartilage de la huitième côte à l'épine iliaque antéro-supérieure. La tumeur ne présente que quelques faibles adhérences au niveau de son bord postérieur. On extrait d'abord la portion inférieure de la tumeur; au moment où elle est amenée hors de l'abdomen un flot de sang s'en écoule, mais ne pénètre pas dans le ventre. On extrait ensuite la partie supérieure de la tumeur. Clamp sur le pédicule, qu'on lie avec deux fils après transfixion. Splénectomie. Aucun point ne saignant, le pédicule est abandonné dans le ventre. On remarqua qu'au moment où on attira la tumeur hors du ventre, la respiration du malade devint plus facile.

Le malade se réveille facilement; son pouls est bon. Une demi-heure après, il devient pâle. Une heure après, pâleur plus accusée, refroidissement, pouls imperceptible. Mort une heure et demie après l'opération.

AUTOPSIE. — L'abdomen renferme un caillot volumineux. Les ligatures du pédicule ont bien tenu. On ne peut découvrir le point où l'hémorrhagie s'est faite.

Rate. — Poids: 2.000 gr. Long. 25 centim., larg. 15 centim. Consistance dure. Grande quantité de tissu fibreux.

OBS. 79. — *Hypertrophie de la rate, leucémie. Splénectomie. Mort.* (THOMAS BRYANT. *Guy's hospital reports*, t. III, 1868, p. 411. — In FOUBERT. Obs. VIII. — PÉAN, p. 1058.)

Femme de 40 ans. De bonne santé antérieure. Pas de malaria. Il y a environ

deux ans et trois mois la malade nota une sensation de plénitude dans l'estomac et l'intestin, qui persista jusqu'à il y a un an.

A cette époque, à la suite d'un refroidissement, elle ressentit une violente douleur dans le côté gauche, sans fièvre ni frissons. Grâce à l'application de cataplasmes la douleur disparut et la malade put reprendre son travail. Mais dès ce moment un chirurgien avait reconnu l'existence d'une tumeur qui persista. Depuis six mois, la malade s'affaiblit et a des épistaxis. Elle ne peut se coucher sur le côté gauche, car elle est incapable de respirer dans cette position. Suppression des règles depuis neuf mois.

État actuel. — Pouls 84. Bruits du cœur tumultueux, irréguliers; souffle systolique à la pointe. Langue tremblante; ballonnement du ventre après les repas; bon appétit. L'abdomen est augmenté de volume; les veines sous-cutanées sont très développées. Une volumineuse tumeur occupe le tiers gauche du ventre; elle est mate à la percussion; son bord antérieur sinueux, ne présente pas de sillons; on peut sentir son bord postérieur. Examen du sang : *les globules blancs semblent plus nombreux que les globules rouges.*

Opération, 9 novembre 1867. — Incision latérale (semblable à celle de la première splénectomie de Bryant). On fait basculer la partie inférieure de la rate; on libère la partie supérieure des adhérences qui les réunissent au diaphragme. 4 ligatures sur le pédicule; puis section.

Mais les adhérences qui unissaient la rate au diaphragme saignent abondamment, et on ne parvient pas à arrêter l'hémorrhagie.

Craignant que la malade ne meurt sur la table d'opération, Bryant referme rapidement le ventre. La malade meurt un quart d'heure après qu'on l'a reportée dans son lit.

AUTOPSIE. — Adénopathies cervicales et médiastines. 500 gr. de sang dans la région splénique.

Rate. — Poids 4,650 gr.; consistance dure. Le foie renferme du tissu lymphoïde.

OBS. 80. — *Splénomégalie leucémique. Splénectomie.* (KOEBERLE. *Gazette hebdom.*, 25 octobre 1867. — In PÉAN, p. 1057. — FOUBERT. Obs. 7.)

Mme M..., de Westhoffen, 42 ans. Bien portante jusqu'en 1864 où, à l'occasion d'une bronchite, on constate un état insolite du ventre. Hypertrophie splénique. Pas d'impaludisme.

Depuis mars 1866, suppression des règles, augmentation de volume de la rate. En septembre réapparition des règles qui diminuent progressivement jusqu'en avril 1867. Puis aménorrhée complète. En même temps, ascite considérable. La rate s'est accrue en un an de 10 centimètres.

Sa longueur est de 45 centimètres; son bord antérieur est sinueux; l'hypertrophie semble porter sur la totalité de l'organe. Pas d'adhérences à la paroi abdominale. Impossible de constater s'il en existe avec le diaphragme. A l'auscultation, pas de bruits vasculaires, si ce n'est au voisinage des vaisseaux.

État général relativement bon, quoique la malade soit très amaigrie, d'un

teint pâle, grisâtre, et que le sang renferme environ 1 p. 10 de globules blancs. Le sang a une couleur brunâtre, analogue à du tissu splénique réduit en bouillie et se coagule faiblement. Les urines contiennent une petite quantité d'albumine. — Peu d'ascite; pas d'œdème des jambes. La malade n'a jamais éprouvé de douleurs abdominales violentes, si ce n'est une fois en travaillant aux champs, à la suite d'une contusion de la rate. Le ventre est resté sensible plusieurs jours à la suite de cet accident, avec quelques douleurs vives, passagères, dans la rate, par fréquents accès. Les autres organes sont sains; — symptômes de compression de l'intestin par la masse hypertrophiée.

Iodure de potassium pendant deux mois sans amélioration notable. Le chlorure de sodium prescrit, amène une recrudescence dans l'accroissement de volume de la rate. En 1866, M. Kœberlé propose l'opération, qui néanmoins est différée jusqu'en 1867. En présence du volume énorme de la tumeur splénique qui paraissait être due à une simple hypertrophie, de son accroissement rapide, incessant, de l'intégrité des autres organes, des complications survenues successivement, de la détérioration progressive de la constitution, de l'inutilité des médications internes, l'extirpation semble être l'unique moyen de salut.

Opération, 21 septembre 1867. — Incision sur la ligne médiane, dans une longueur de 20 centim., à partir du tiers moyen de l'espace compris entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. Ligature des vaisseaux de la rate échelonnés dans une étendue de 25 centim. Le calibre de ces vaisseaux était énorme. Grande difficulté pour attirer au dehors l'extrémité supérieure de la rate, à cause de ses adhérences au diaphragme, et de la brièveté de l'épiploon gastro-splénique. La rate put enfin être détachée. Il s'en écoula plus de deux litres de sang; les moindres vaisseaux, notamment ceux de l'incision abdominale continuaient à couler en nappe. Ce sang était un peu coagulable, noir. Les adhérences déchirées du diaphragme fournissaient du sang en nappe, en grande quantité. Il n'y avait pas à songer à lier, les vaisseaux étant trop nombreux. M. Kœberlé toucha les surfaces saignantes avec l'alcool, ce qui diminua l'hémorrhagie sans l'arrêter. Ce que voyant, il repousse les viscères contre les surfaces saignantes, comprime celles-ci par leur moyen, et se hâte de refermer le ventre après avoir coupé les ligatures du pédicule au ras, et réduit celui-ci dans l'abdomen.

L'opération avait duré une heure et demie. La quantité de sang perdue est évaluée à 3 kilogr. La malade succomba quelques instants après l'opération terminée, sans avoir repris connaissance.

AUTOPSIE. — Épanchement d'environ 500 gr. de sang dans la région de la rate. Foie hypertrophié (3 kilogr.).

Rate. — Très hypertrophiée. Poids : 6,750 gr. Son aspect et sa consistance n'offrent rien de particulier. Épaississement de la capsule; vestiges d'adhérences avec des vaisseaux assez grêles. L'artère splénique avait été liée à 1 centim. avant sa division. À l'état vide, elle avait une largeur de 8 millim. Un centim. de l'extrémité du pancréas avait été compris dans la ligature.

OBS. 81. — *Hypertrophie de la rate ; leucoeythémie. Splénectomie. Mort.* (HÉRON WATSON, 1873. — FOUBERT. *Thèse Paris*, 1886, obs. 11, p. 59.)

Homme leucoeythémique, malade depuis 2 ans. Incision sur la ligne médiane deux pouces au-dessous et au-dessus de l'ombilic. Difficultés lors de la ligature des vaisseaux. Mort par hémorrhagie ou shock pendant l'opération. Pas d'autopsie. Poids de la tumeur : 6 kilogr.

OBS. 82. — *Hypertrophie de la rate, leucémie. Splénectomie. Mort.* (TH. BILLROTH. *Wiener med. Woch.*, 1877, XVII, n° 5. — *Medical Times*, 7 avril 1877, p. 373. — In FOUBERT. Obs. 15.)

Femme de 45 ans. Bonne constitution. Plusieurs enfants. N'a jamais eu de fièvres intermittentes. Depuis 2 ans, a constaté la présence d'une tumeur dans le flanc gauche dont le volume s'est progressivement accru. Dès lors est devenue de plus en plus faible.

Énorme hypertrophie de la rate ; augmentation du volume du foie. Un peu d'ascite. Leucémie profonde : un globule blanc pour cinq globules rouges. Appétit satisfaisant. Pouls, 60.

Opération, 27 janvier 1877. — Incision abdominale allant de 10 centimètres au-dessus à 10 centimètres au-dessous de l'ombilic. Une certaine quantité de liquide s'échappe du péritoine, en même temps que viennent se présenter à la plaie abdominale le bord interne de la rate hypertrophiée et une portion du bord inférieur du foie.

La tumeur, nulle part adhérente, est attirée doucement au dehors. Le ligament gastro-splénique, les vaisseaux spléniques très dilatés sont liés en 6 endroits. Pas de sang au moment de l'excision. Les derniers restes de liquide ascitique sont épongés et deux longs tubes à drainage sont établis. Durée de l'opération : 3/4 d'heure.

Deux heures après, hémorrhagie survenue à la suite d'efforts faits par le malade pour expulser des matières fécales dures qu'un lavement donné immédiatement avant l'opération n'avait pu faire sortir. Mort 4 heures 1/2 après l'opération.

AUTOPSIE. — Grande quantité de sang coagulé dans l'abdomen. Une des ligatures qui avait glissé ne peut être retrouvée. De l'eau injectée dans l'artère splénique ressort par la blessure.

Rate. — Poids : 2,975 gr.

OBS. 83. — *Rate leucémique. Splénectomie. Mort.* (1887). (BILLROTH. *Wiener med. Woch.*, XXIX, 1879. — In PÉAN, p. 1070. — FOUBERT. Obs. 19.)

Femme de 31 ans. Début de l'affection : 4 ans. — Incision de la ligne médiane. Dix ligatures sur le pédicule. Mort une heure après par hémorrhagie. Poids de la tumeur : 5.280 gr.

OBS. 84. — *Hypertrophie rapide de la rate. Splénectomie. Mort.* (H.-L. BROWNE. *Lancet*, 1^{er} septembre 1877, p. 310. — In FOUBERT. Obs. 16.)

Edmond W..., 20 ans. Bonne santé habituelle. Six mois avant l'opération, enflure de la jambe gauche qui le force d'interrompre son travail et de garder

le lit. En même temps, augmentation du volume du ventre, s'accroissant progressivement. Pas de fièvre ni d'accidents d'impaludisme. Ne se souvient pas d'avoir reçu de coups dans le côté. Pas d'antécédents syphilitiques, ni personnels ni héréditaires.

Les deux jambes sont œdématisées ; l'abdomen mat à la percussion, dans toute son étendue, excepté du côté droit qui est légèrement sonore lorsque le malade se couche sur le flanc gauche. Cœur déplacé, battements faibles, mais rien d'anormal. Respiration pénible, poumons sains. Pas d'albuminurie. Sensation de flot à travers les parois abdominales. Sous l'influence du traitement médical institué, l'anasarque et l'épanchement diminuent en quelques jours. On constate alors la présence d'une tumeur solide occupant la plus grande partie de l'abdomen, et présentant une scissure profonde. Leucocythémie. Pas d'adénopathies.

Traitement par l'iodure de potassium, la quinine, les onctions iodurées. Amélioration sensible dans l'état général. Le volume de la tumeur reste le même. Mais bientôt on constate qu'elle s'accroît d'une manière sensible. Douleurs intenses.

SPLÉNECTOMIE, 23 février 1877. — Pas d'adhérences. Absence presque complète de pédicule. Quatre grosses artères qui se présentent au moment où la rate sort de l'abdomen reçoivent successivement une double ligature, ainsi que leurs veines, et sont sectionnées. Pas d'hémorrhagie. Mort subite 5 heures après l'opération sans qu'il se soit produit d'hémorrhagie.

Poids de la tumeur : 9,500 gr. — Il s'agissait d'une hypertrophie simple de la rate.

OBS. 85. — *Hypertrophie leucémique de la rate. Splénectomie. Mort par hémorrhagie.* (B. SIMMONS, de Sacramento. *Pacific med and surg. Journ.*, 1877, p. 517. — *Lancet*, avril 1878. — In FOUBERT. Obs. 18.)

Homme. En observation depuis trois ans, a suivi tous les traitements médicaux sans en tirer aucune amélioration.

SPLÉNECTOMIE, juin 1877. — Incision sur la ligne blanche, de quatre pouces au-dessus à quatre pouces au-dessous de l'ombilic. Un peu de liquide dans la cavité abdominale : Quelques adhérences récentes avec l'intestin sont détachées avec soin. Les vaisseaux sont liés. Des adhérences avec le diaphragme sont une cause assez sérieuse de difficultés. Ligature du pédicule qui renferme de larges vaisseaux. Ablation facile de la rate, sans pénétration de sang dans l'abdomen. Tube à drainage.

Le malade éprouve bientôt des vomissements. Par le tube à drainage s'échappe un liquide sanguinolent. Mort par hémorrhagie deux heures et demie après l'opération.

OBS. 86. — *Hypertrophie de la rate. Cachexie. Leucémie. Splénectomie. Mort rapide.* (W. C. ARNISON. *Newcastle-Upon-Tyne Infirmary.* — *British med. Journal.* 16 novembre 1878, p. 723. — In FOUBERT, obs. 25.)

Homme de 37 ans. De bonne santé antérieure. En automne dernier reçoit un

coup sur le côté gauche, en dessous des côtes. Depuis cette époque souffre ; sa santé est moins bonne. Quelques mois après il remarque le développement d'une tumeur dans le côté gauche.

Examen du 29 août 1878 : Toute la moitié gauche de l'abdomen est remplie par la rate dont la surface est lisse et qui est mobile. Ascite. Mauvais état général. Leucocythémie. Appétit assez bon ; parfois diarrhée.

Le traitement médical ne donne aucun résultat. Anthony Bell se prononce pour la splénectomie. Le malade réclame l'intervention.

Opération 29 septembre. — Laparatomie médiane agrandie transversalement Rate libre d'adhérences. Vaisseaux spléniques volumineux, liés avec de la ficelle à fouet. Ablation de la rate. Difficulté pour faire l'hémostase au niveau de deux ou trois points qui saignent. Fermeture complète de la plaie abdominale. — L'opération, conduite antiseptiquement, avait duré 1 heure 10⁰ minutes en raison de la difficulté de l'hémostase. Après l'opération le pouls était à 98.

En se réveillant, le malade accuse une forte douleur abdominale qu'on calme par une injection de morphine. Le pouls devient petit et rapide. — Mort cinq heures après l'opération.

L'autopsie ne peut être faite. Arnison pense que la mort a été due au shock plutôt qu'à l'hémorragie.

Rate. — Poids : 3,710 grammes.

OBS. 87 (résumée). — *Hypertrophie splénique. Leucémie. Splénectomie. Mort.* (CZERNY. *Wiener med. Woch.*, 1879. vol. I, XXIX, n^o 14. — In OLGIATI. Obs. 4. — FOUBERT. Obs. 26.)

Marie W., 24 ans, bien portante jusqu'à 18 ans, fut prise à cette époque de fièvres intermittentes à type quotidien qui guérissent d'ailleurs rapidement. Devenue enceinte en avril 1877 elle accoucha au huitième mois ; pendant sa gestation, amaigrissement rapide, perte des forces, et apparition d'un œdème des pieds.

A son entrée à la clinique, le 23 novembre 1877, elle est en assez bon état. Foie hypertrophié débordant de quatre travers de doigt les fausses côtes, douloureux. Rate énorme ; 32 centimètres de longueur sur 19. Traitement : ferrocitrate de quinine et acide salicylique. — Le 12 décembre, la rate n'a plus que 28 centimètres sur 13. Sueurs profuses. — En février 1878, péri-splénite aiguë caractérisée par des frottements et de la douleur. — Au commencement de juin, épistaxis violentes et répétées. — Le 26 mai, la rate a 39 centimètres sur 22. La malade, qui s'affaiblit de plus en plus, comprenant la gravité de son état, se résigne à courir la suprême chance d'une opération. P. 120. T. soir 38°, matin 37°. Le foie déborde les côtes de 10 centimètres. — Leucémie : le 19 février, 1.246.000 G. R. et 249.200 G. B. ; le 4 août, 1.424.000 G. R. et 356.000 G. B. c'est-à-dire un G. B. pour 4 G. R. Globules rouges normaux, globulins abondants. Globules blancs gros, ont 2 à 4 noyaux.

Opération, 5 août. — Incision médiane de 20 centimètres. On est obligé de lier 8 vaisseaux dans la paroi. La tumeur apparaît alors. Une bride constituée

par une adhérence assez étendue qui réunit le foie et la rate est sectionnée entre deux ligatures. La convexité de la tumeur est en grande partie unie à la paroi abdominale et au diaphragme par des adhérences qui saignent sitôt qu'on essaie de les déchirer. Ligature des vaisseaux du hile et extirpation de la tumeur. 14 ligatures. Toilette du péritoine. Sutures pariétales profondes et superficielles. Pansement de Lister. Durée de l'opération : 2 h. 10.

Au réveil la malade crie, se débat des pieds et des mains.

Morphine. Champagne. A une heure : P. 132, R. 52 ; visage couvert de sueurs. A 1 h. 20 ; pouls imperceptible, extrémités froides. A 2 heures, cyanose du visage. Mort à 2 h. 30.

Dimensions de la rate : longueur 34 centimètres ; largeur 19 centimètres, épaisseur 9 centimètres. Poids (vide du sang) 3 kilog. 886 gr.

AUTOPSIE. — Organes pâles et vides de sang ; infiltration sanguine du péritoine et du grand épiploon. La face inférieure du diaphragme est recouverte d'adhérences nombreuses infiltrées de sang. En injectant de l'eau dans l'aorte et la veine-porte, on trouve les gros vaisseaux bien oblitérés par les ligatures ; mais à la surface des adhérences sectionnées ou déchirées, l'eau suinte abondamment.

§ OBS. 88 — (GEISSEL. *Wiener med. Woch.*, 1879, n° 11, p. 288 — In FOUBERT. Obs. 20.)

Femme de 39 ans, malade depuis un an. Rate leucémique. Opération en 1878 : Incision sur la ligne médiane, de 37 centim. de long ; pas d'adhérences. Poids de la tumeur 4.500 grammes. Mort 16 heures après par hémorrhagie.

OBS. 89. — (ATTILIO URBINATI, de Cadéna. In FRANZOLINI. *Della estirpazione d. milza.*, Turin, 1882, p. 54. — *The American journal of the medical sciences*, Philadelphie, t. LXXXIV, 1882, p. 487. Obs. 11.)

Femme atteinte d'hypertrophie de la rate ; leucémie probable. Opération simple ; on employa des antiseptiques (1878). Mort 48 heures après de shock.

OBS. 90. — *Splénomégalie, leucémie. Splénectomie. Mort.* (POUCEL. *Marseille méd.*, 1879, p. 74.)

Homme, de 25 ans, atteint de gonflement hypertrophique de la rate depuis quatorze mois. Il présente une tumeur énorme, dont le bord supérieur est profondément caché sous les fausses côtes, tandis que son bord inférieur descend jusqu'au ligament de Fallope gauche, et son rebord antérieur, sur lequel on remarque deux ou trois des petites dépressions normales de la rate, s'étend à droite à quatre travers du doigt de la ligne blanche et présente intérieurement une voussure qui dépasse notablement, de ce côté, la région ombilicale. Indolence spontanée et à la pression. Consistance ferme et élastique, sans bosselures ni points ramollis ou fluctuants. Une mince couche de liquide péritonéal sépare la tumeur de la paroi abdominale antérieure. Fonctions digestives normales. —

Foie normal. — Etat général peu satisfaisant. Leucémie. — Diagnostc. Hypertrophie splénique.

Opération. — Laparatomie. Des adhérences diaphragmatiques rendirent l'opération très laborieuse longue et dangereuse. A plusieurs reprises, le malade faillit succomber par arrêt du diaphragme et on dut rétablir la circulation à l'aide des courants électriques. Pour éviter le torrent de sang qui est versé par la rate au moment de la section du pédicule et qui a épouvanté ceux qui ont pratiqué cette opération, on s'attacha à faire cette section entre deux ligatures. On jeta d'abord des fils sur les divisions de l'artère et de la veine spléniques, puis un gros fil sur le trou principal de l'artère, un autre sur la veine.

Suites immédiates. — Bonnes. Dans la journée, pouls plein à 120, température peu abaissée; cependant certain état de stupeur. — Mort, presque subite, 20 heures après l'opération.

Rate. — Poids : 3.200 grammes.

Obs. 91. — *Splénectomie pour rate leucémique. Mort.* (WARRINGTON HAWARD. *Clinical Society transactions, London*, 24 mars 1882, XV, p. 172. — *Lancet*, 1^{er} avril 1882, p. 527. — In FOUBERT. Obs. 28.)

Femme de 49 ans. De bonne santé antérieure. N'a jamais eu de fièvre paludéenne. Ménopause il y a trois ans. Pas d'accouchements. Depuis dix-huit mois elle souffre dans le côté gauche du ventre; il y a dix mois, elle s'est aperçue de l'existence d'une tumeur abdominale qui a augmenté progressivement de volume et qui ne la gêne que par son poids.

État au moment de son entrée à l'hôpital Saint-Georges: Femme robuste, de bon aspect, ne paraissant aucunement anémique. Bien que le nombre de ses leucocytes soit augmenté, elle ne présentait aucun autre signe de leucocythémie, sauf une hypertrophie splénique. La rate occupe la plus grande partie du côté gauche du ventre; elle n'est distante de la ligne médiane que de trois pouces et s'étend des côtes à la région inguinale. Elle était de consistance dure, légèrement mobile, nettement limitable, non douloureuse à la pression. Pas d'hypertrophie ganglionnaire. Les autres viscères sont sains. Pas de palpitation ni de dyspnée; jamais d'hémorrhagie. Température, respiration, pouls, urines normaux.

SPLÉNECTOMIE, 13 juillet. — Laparotomie médiane. Rate libre d'adhérences. En essayant de faire basculer son extrémité inférieure, on détermine une déchirure au niveau du bord antérieur de la rate, qui saigne assez abondamment. Les vaisseaux du hile sont volumineux; on les lie. Pas d'autre hémorrhagie que celle de la déchirure de la rate. Au moment où l'on plaçait les sutures pariétales, la malade tombe en syncope qui disparaît par la respiration artificielle et les injections d'éther.

Cinq heures après l'opération, apparition de vomissements qui augmentent de fréquence. La malade meurt dans la soirée. 7 heures après l'opération.

La rate était simplement hypertrophiée (examen histologique); poids, 3 kilogr.

AUTOPSIE. — Tous les organes sont sains. Pas de lésions péritonéales. Légère ecchymose dans le voisinage du lieu de l'intervention. Très peu de sang dans le péritoine.

Haward attribue cette mort au trouble du grand sympathique qui a amené le shock et les vomissements.

Il n'avait pas entrepris cette opération pour guérir la leucocythémie, mais pour supprimer une cause de douleur.

OBS. 92. — *Splénomégalie, leucémie. Splénectomie. Mort d'hémorrhagie.* (BIZIEL *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1885, XXI, 579.)

Femme 31 ans. Bonne santé antérieure. Pas de fièvres intermittentes. Huit accouchements. — A la suite du dernier accouchement, en 1882, la malade a remarqué dans l'hypochondre gauche la présence d'une tumeur du volume du poing, qui augmentait lentement, mais constamment. Pas de douleurs. Oppression et gêne de la marche.

État actuel (1884). — On fait le diagnostic de tumeur de la rate avec leucémie, car les G. B. du sang sont augmentés. En raison du mauvais état général de la malade, on remet l'opération à plus tard. — En octobre 1884, l'état s'est aggravé. Pâleur, maigreur, diarrhée depuis quelques mois. Pas de tuméfaction ganglionnaire. Tumeur dure, lisse, non mobile, indolente, sauf à la pression de son extrémité inférieure, s'étendant de la dixième côte au bassin à gauche, dépassant à droite la ligne médiane. Augmentation notable des G. B. — La malade veut absolument être opérée.

Opération, 3 octobre 1884. — Incision xipho-pubienne. Hémorrhagie au niveau de la plaie abdominale ; ligatures.

Extirpation pénible de la tumeur. Adhérences non considérables. Deux ligatures en masse du pédicule avec de la soie. Section du pédicule entre les deux ligatures ; hémorrhagie abondante à ce moment. Ligature du ligament phrénico-splénique. Toilette péritonéale.

Soir : T. 39°,3 ; pas de douleurs. — 4 octobre. T. 38°,5 ; P. 120, faible. — A 10 heures, respiration difficile, pouls faible. — Mort à 11 heures. On enlève le pansement et on constate au niveau de la plaie la présence d'un gros caillot sanguin ; un autre volumineux caillot est en dedans de la paroi abdominale. — Poids de la tumeur : 6 kilogr.

OBS. 94. — *Hypertrophie de la rate, leucémie. Splénectomie. Mort.* (A. BLUM. *Arch. gén. de méd.*, janvier 1886, p. 98 ; obs. recueillie par SECHEYRON. — In FOUBERT. Obs. 36.)

Garçon de 12 ans. Affection ayant débuté en octobre 1884 et s'étant manifestée par une augmentation graduelle du volume du ventre. — Pas d'œdème des extrémités inférieures. — Ponction exploratrice en décembre 1884, sans aucune amélioration. — Pas d'hémophilie. Pas d'impaludisme. Traitement médical. — Abdomen globuleux ; réseau veineux assez accentué surtout autour de l'ombilic, au niveau de la tumeur qui est rénitente, à surface lisse, et occupe

l'hypochondre et le flanc gauches. Un peu d'ascite au-dessus du pubis. Rate énorme laissant libre la moitié droite seule de l'abdomen. — L'examen du sang montre qu'il existe un globule blanc pour 5 globules rouges (Gilbert). Épistaxis légère ; perte de poids de 2 kilogrammes en deux semaines ; érythème à petits points purpuriques, d'ailleurs fugace au cou, à la nuque et au front.

Opération, 25 août 1885. — Incision sur la ligne médiane de 8 centimètres au-dessus et au-dessous de l'ombilic. La main gauche, glissée entre la paroi abdominale et la rate, l'énuclée à demi. On constate ainsi la présence de quelques adhérences peu importantes. A la face supéro-externe, adhérences péritonéales bien plus dangereuses entre le péritoine diaphragmatique et le repli gastro-splénique, longues, lâches, en nappe, très vasculaires : — Un serrenœud les étroit, mais elles se rompent aux premiers tours. — La rate est alors complètement énuclée. Pendant le glissement de la tumeur, rupture d'un vaisseau du hile ; hémorrhagie adondante, d'ailleurs rapidement enrayée. Trois ligatures le long du hile avec un fort cordonnet de soie sur le pédicule divisé en trois faisceaux. — Toilette du péritoine difficile par suite de l'hémorrhagie par les adhérences. — Durée de l'opération : quarante-cinq minutes.

Après l'opération, le malade est pâle. Cinq heures après, vertiges, bourdonnements d'oreilles, pouls rapide, filiforme. Une demi-heure après, mort en quelques minutes.

Rate. — Poids : 3.750 gr. Sang contenu dans la rate : 800 gr. environ.

AUTOPSIE. — 300 gr. environ de caillots dans l'hypochondre gauche, sous le diaphragme. Épanchement séro-sanguinolent, s'étendant jusque dans le petit bassin. La partie gauche du diaphragme montre de nombreuses adhérences imbibées de sang, entremêlées de caillots paraissant avoir été la source de l'hémorrhagie. Ces adhérences sont très vasculaires. — Foie gros, 1.950 gr. — Autres organes sains.

OBS. 95. — Hypertrophie de la rate. Splénectomie. Mort. (LE BEC. *Annales Méd.-Chir. franç. et étrang.*, de Martineau, 1885. — In FOUBERT, Obs. 37.)

Simon P..., 19 ans. Pas d'impaludisme. Tumeur de la rate ayant débuté quatre ans auparavant. Elle s'étend jusque dans la fosse iliaque, est peu sensible, de forme ovale assez régulière, vaguement mobile. — Pas d'ascite. — Urines normales. — Quelques hématomés. — Diminution du nombre des globules rouges et augmentation des blancs.

Opération. — 17 août 1885. — Incision sur la ligne blanche, commençant à quatre travers de doigt du pubis et montant à cinq au-dessus de l'ombilic. Incision du péritoine permettant d'apercevoir une rate congestionnée, assez adhérente à sa face dorsale, très volumineuse et fixe. L'intestin étant maintenu avec des éponges et l'épiploon non adhérent rejeté à droite, la rate est amenée en haut et renversée à gauche. Ligature d'une première grosse veine splénique. Au moment de la ligature du pédicule, hémorrhagie considérable qui ne peut être arrêtée que lorsque le pédicule est lié. Les adhérences ne sont que celluluses et leur rupture n'a intéressé que des vaisseaux de peu d'import-

tance: Toilette du péritoine et suture de la plaie abdominale. — Durée de l'opération, une heure et demie.

L'examen de la tumeur montre qu'il s'agit d'une hypertrophie avec sclérose.

Pendant trois jours, état satisfaisant. L'abdomen n'est pas ballonné et n'est sensible que dans la région de l'hypochondre gauche. Pas d'épanchement appréciable. Le quatrième jour, délire; la peau et les conjonctives ont une teinte ictérique prononcée. Les urines sont chargées de bile. Pas de péritonite. — Mort le sixième jour après avoir présenté des vomissements de sang.

AUTOPSIE. — Corps jaune citron. Teinte ecchymotique du péritoine pariétal. Pas de trace de péritonite. L'intestin rose, souple, a par endroits une teinte vineuse. Il contient un liquide rouge sanguinolent. Toutes les sutures sont en place: l'artère splénique contient un caillot noir et déjà un peu résistant. Cirrhose atrophique du foie très avancée.

OBS. 96. — *Splénectomie pour hypertrophie leucémique de la rate.* (ROSWELL PARK, de Buffalo. *Annals of Surgery*, Saint-Louis, t. VIII, 1888, p. 380.)

Michel H..., âgé de 47 ans, Fièvre typhoïde à 16 ans. En 1865, blessure au côté gauche; guérison complète. En mai et en juin 1886 le malade eut des frissons et de la fièvre. En juillet 1886 il fit un séjour à l'hôpital d'Érie, où l'on découvrit une hypertrophie de la rate. Il dit qu'il est souffrant depuis six mois, mais ne donne pas de renseignements sur ce qu'il ressentait.

Actuellement (septembre 1886), il est anémié et cachectique, très affaibli; son teint est jaunâtre, la respiration est courte; après la marche les pieds et les jambes gonflent; depuis six mois les douleurs abdominales ont persisté. Le pouls est irrégulier, mais bien frappé. Dans le côté gauche du ventre, on trouve une volumineuse tumeur qui va de la sixième côte à la crête iliaque sur la ligne axillaire et dépasse la ligne xipho-ombilicale pour empiéter un peu sur la partie droite de l'abdomen. En arrière, elle s'arrête à trois pouces de la ligne des apophyses épineuses. On peut facilement l'explorer à travers la paroi abdominale. Adénopathies inguinales bilatérales; pas d'adénopathies cervicales, ni axillaires. Corps thyroïde sain. L'intestin fonctionne normalement; peu d'appétit. Les globules blancs du sang sont par rapport aux globules rouges dans la proportion de 1 pour 50 ou 60. Excrétion de 20 à 21 gr. d'urée en vingt-quatre heures.

Le malade était dans de bien mauvaises conditions; mais il souffrait constamment et suppliait qu'on lui fit quelque chose pour le guérir. Park discuta avec lui l'opération et lui dit qu'elle ne présentait qu'une chance de guérison sur cinq. Le malade consentit avec joie à l'intervention.

Opération, 9 septembre 1886. — Laparotomie le long du bord externe du muscle de huit pouces de longueur. Adhérences de la rate au péritoine pariétal; on les rompt rapidement sans déterminer d'hémorrhagie notable. L'extraction de la rate fut rendue difficile par la présence d'un ligament suspenseur très résistant. Aussitôt après cette extraction on s'aperçut que la plupart des vaisseaux s'étaient rompus. Il fallut un temps assez considérable pour se rendre maître de l'hémorrhagie, car le sang venait en partie du côté du diaphragme,

Durée de l'opération : une heure. Le malade se réveilla facilement et se plaignit d'une vive douleur ; son pouls n'était pas trop mauvais.

Quelques heures après apparut le collapsus et bientôt la mort survint.

AUTOPSIE. — Pas d'hémorrhagie. Pas d'hypertrophies ganglionnaires.

Poids de la rate privée d'une grande partie de son sang : neuf livres.

Park a été surpris du grand nombre de vaisseaux qu'il a trouvés dans le ligament suspenseur.

OBS. 97. — *Splénomégalie, leucémie. Splénectomie.* (H. VON BURCKHARDT. *Arch. f. klinische Chir.*, Berlin, 1892, XLIII, 439 ; obs. I.)

Femme de 47 ans. 8 accouchements. Entre à l'hôpital pour une tumeur colossale de la rate dont elle a remarqué la présence deux ans auparavant. L'an dernier, la tumeur a augmenté notablement. En même temps l'état général devenait mauvais : perte d'appétit, faiblesse, sensation d'oppression à l'épigastre. Absence de règles depuis deux ans et demi.

La tumeur, située dans l'hypochondre gauche atteint la symphyse et s'avance même dans la moitié droite du ventre. Pas de fièvre ; pouls fort et régulier. Examen du sang : les globules blancs et rouges sont dans la proportion de 1 à 5.

Opération, 22 avril 1887. — Incision de la symphyse à l'ombilic et à gauche vers le rebord costal. On peut faire sortir de l'abdomen l'extrémité inférieure de la rate. Forte ligature sur les vaisseaux spléniques. La plaie abdominale saignait beaucoup pendant l'opération, plus qu'à l'ordinaire chez les leucémiques. Pas d'adhérences de la rate et du diaphragme. Ablation de la rate. — À la fin de l'opération, pouls 90.

Rate. — Poids 4,900 gr. Long. 3 cent. 5, larg. 21 cent., épaisseur 8 cent. 5. — Consistance dure.

Quelques heures après l'opération, agitation ; pouls 120. — Dix heures après l'opération, état peu inquiétant, pouls moins faible. Une heure plus tard la malade s'affaissait subitement et mourait une heure et demi après, c'est-à-dire quatorze heures et demie après l'opération.

Autopsie. — Les téguments abdominaux sont recouverts de sang liquide. Beaucoup de sang dans la cavité abdominale. Grand épiploon et tissu conjonctif du côté gauche infiltré de sang. Rupture d'une veine qui parcourt la grosse tubérosité de l'estomac. Cœur de volume normal, mais pâle. Pas d'adénopathie.

OBS. 98. — *Splénomégalie, leucémie. Splénectomie. Mort.* (R. ASCH. *Arch. f. Gynæk.*, 1888, XXXIII, 130 ; obs. II.)

Femme de 24 ans. Réglée normalement. Accouchement en février 1887 d'un enfant bien portant. Les suites de couches furent normales. Au sixième jour elle se leva, mais elle ressentit de la faiblesse. Elle maigrit, pâlit ; l'appétit restait bon, elle put bien allaiter son enfant. Quatorze jours après son accouchement, on constata chez elle, dans la région de la rate, une nodosité douloureuse, qui augmentait rapidement de volume. Les douleurs, qui s'accroissaient d'abord,

ont diminué pour disparaître tout à fait quatre ou cinq semaines après ; mais la nodosité augmentait toujours. Quinine, fer et autres médicaments. Elle entra à l'hôpital de Breslau pour être opérée. A l'examen on trouve une volumineuse tumeur de la rate. Toute la partie gauche de l'abdomen, de l'arc costal jusqu'au bassin, est occupée par cette tumeur, lisse, dure. La matité commence un peu au-dessus de l'arc costal et s'étend à droite jusqu'à l'apophyse xyphoïde, le bord interne atteint la ligne blanche. La plus grande longueur de la tumeur est de 35 cent., la circonférence du corps, 84 ou 87 cent. — Amaigrissement notable, respiration gênée, pouls accéléré ; pas de modifications dans les autres organes ; ganglions lymphatiques normaux. Règles régulières. Vertiges et céphalalgie constante ; tremblements des jambes ; grande faiblesse. Pesanteur causée par la tumeur, qui n'est pas sensible à la pression. Examen du sang. Un G. B. pour 8 G. R.

Malgré le désir de la malade de se faire opérer, l'opération fut remise à cause de sa faiblesse. — Elle est revenue au bout de six mois, parce qu'elle ne se sentait pas capable de travailler et elle a demandé de nouveau d'être opérée. Elle fut soignée pendant quelques semaines par la quinine, etc... A l'examen du sang, on constata que le sang se coagulait bien. La malade, devenue beaucoup plus forte, put faire de longues promenades ; pas d'oppression en montant les escaliers. A la fin de l'année nous fûmes d'avis qu'il fallait l'opérer. — Dans ce cas nous n'avons jamais constaté d'hémorragie spontanée ; il semblait également qu'il n'y avait pas d'adhérences spléniques. — Poumons, cœur, reins, organes digestifs fonctionnaient bien.

Opération, 12 janvier 1888. — Incision sur la ligne blanche d'une longueur de 15 centim. Pas d'adhérences avec la paroi abdominale ; faibles adhérences avec les intestins. Le pédicule d'un volume moyen fut lié sur plusieurs points.

Après l'opération la malade se sentit bien ; pouls régulier, un peu plus lent qu'ordinairement ; pas d'envie de vomir, respiration calme et profonde. Cet état a duré quatre heures. Subitement la malade fut frappée d'une forte dyspnée, qui augmenta rapidement ; pouls 96 ; pas de sang au niveau du pansement. La dyspnée continua à s'accroître, et la malade mourut cinq heures après l'opération.

La rate extirpée avait une longueur de 40 centim., une largeur de 22 centim. et une épaisseur de 12 centim. ; elle pesait (avec le sang) 5.980gr. Hyperplasie

OBS. 99. — *Hypertrophie de la rate. Splénectomie. Mort.* (CELSO BONORA, d'Urbino. *American Journal of the medical sciences*, Philadelphie, LXXXIV, 1882, p. 487.)

Femme de 53 ans, atteinte d'hypertrophie simple de la rate. Anémie, leucémie probable, mais l'examen microscopique n'avait pas été fait.

SPLÉNECTOMIE, 2 mai 1881. — Pas d'adhérences. Pédicule lié avec de la soie et, pour plus de précautions, un fil métallique. Opération faite en une demi-heure.

Mort trois heures et demie après de shock et d'hémorrhagie peu importante provenant d'une branche de l'artère diaphragmatique inférieure.

OBS. 100. — *Splénomégalie, leucémie, cachexie. Splénectomie. Mort trois mois après.* (H. VON BURCKHARDT. *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1892, XLIII, 439; obs. II.)

Jeune fille de 26 ans, souffrant depuis (?) ans d'inappétence, de faiblesse, quelquefois de vomissements. Un an plus tard on découvrit dans l'hypochondre gauche une tumeur. Des douleurs apparurent dans cette région. La quantité des urines était considérable; la malade disait avoir remarqué que la tumeur diminuait de volume après une miction abondante. Elle aurait expulsé de petits calculs avec l'urine en 1888 et se serait trouvée notablement soulagée. Mais, l'hiver suivant, les troubles s'accrochèrent; vomissements fréquents, céphalalgie, douleurs intenses dans l'hypochondre gauche, amaigrissement extrême.

On trouve dans la cavité abdominale, à gauche, une tumeur solide qui s'étend en bas jusqu'au ligament de Poupart, en haut jusqu'à la huitième côte. Hypertrophie du foie. Albuminurie et glucosurie. Quantité quotidienne d'urine : 600 à 1,000 gr. Souffle systolique à la pointe. Examen du sang : 1 globule blanc pour 200 globules rouges; les globules blancs sont d'un grand volume. État cachectique. Temp. : 39°.

L'examen du sang, la faiblesse de la malade, le volume de la tumeur n'étaient pas en faveur d'une opération. L'oppression, la gravité de l'état de la malade, le désir d'être opérée poussaient vers l'intervention.

Opération, 29 mai 1889. — Incision à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Beaucoup d'adhérences de la rate avec l'estomac, la paroi antérieure de l'abdomen, l'intestin, le grand épiploon. Nombreuses ligatures. Ligament gastro-splénique très court. Diminution de la tumeur après une hémorrhagie. Ligature facile des vaisseaux du pédicule.

Poids de la tumeur : 2 kilogr.; longueur, 31 centim.; largeur, 15 centim.; épaisseur, 4 centim. 5.

Dans la nuit suivante, oppression, vomissements, douleurs. — Deuxième nuit : pouls 140, temp. 36°,8. — Troisième nuit : Pas de vomissements ni de douleurs. — Quatrième jour : Flatulence. — Cinquième soir : Temp. 39°,4. On défait le pansement. Un peu de météorisme, mais abdomen non douloureux. — Réunion de la plaie par première intention. — Dans la deuxième semaine, état général tout à fait favorable; cependant la température (rectale) oscille entre 37°,7 et 38°,7. — Le seizième jour, deux attaques analogues à des attaques d'épilepsie et durant deux minutes. — Pendant la troisième semaine, la température reste élevée et atteint plusieurs fois 39°,2; pas d'autres troubles. A gauche on trouve de la matité; la ponction ne donne rien. — Examen du sang à la fin de la sixième semaine : résultats analogues à ceux du précédent examen. — A partir de la sixième semaine, la température ne monte plus au-dessus de 38°. — A la fin de la huitième semaine, la malade commence à

perdre l'appétit ; fièvre ; céphalalgie ; pas d'accès épileptiques. — Le 9 août, un frisson, température 39°,5, sueurs. — Examen du sang le 13 août : Un globule blanc pour 150 globules rouges. Rien du côté des reins. — Le 8 septembre (14 semaines et demie après l'opération), mort.

L'AUTOPSIE ne put être faite. D'après le médecin qui soigna la malade dans les derniers temps, l'état était très variable : tantôt la santé était parfaite ; tantôt apparaissaient des douleurs névralgiques dans le rein droit, des vomissements. Le 6 septembre, céphalalgie intense, fièvre élevée, 3 accès épileptiques ; ensuite évanouissement, et mort le 8 septembre.

OBS. 101. — *Splénomégalie, rate mobile, leucémie légère. Splénectomie. Mort d'hémorrhagie.* (FOLET. *Bulletin médical du Nord*, 1891, n° 11, p. 261.)

Femme de 50 ans, mère de 14 enfants. Pas de malaria dans les antécédents. Dans l'abdomen existe une tumeur volumineuse, développée depuis cinq ou six ans. Sa face convexe regarde, en bas et à gauche, sa face concave, en haut et à droite ; son bord antérieur, tranchant, est interrompu en un point par une scissure bien nette. La tumeur est libre et mobile par son extrémité antéro-inférieure ; son extrémité postéro-supérieure semble fixée dans l'hypochondre gauche. — Appareil génital sain.

Maigrissement depuis 3 ans ; mais état de santé assez bon. Pas de douleurs dans la situation couchée ; mais tiraillements et douleurs intolérables dès que la malade se lève. Inaction absolue depuis 6 mois.

Examen du sang. — Un globule blanc pour 200 globules rouges. —

Diagnostic : Mégalosplénie avec rate mobile, peut-être d'origine paludéenne ; leucémie.

La malade insiste pour être débarrassée de sa tumeur.

Opération, 20 juin 1889. — Incision médiane de 15 centim. La rate se présente aussitôt et accouche pour ainsi dire toute seule. Aucune adhérence n'existait à sa surface. Le pédicule membraneux large, mince, court, occupant tout le hile, fut facile à fasciculer en trois portions au moyen d'un instrument mousse et lié à l'aide de trois soies. Section du pédicule entre les ligatures et deux clamps appliqués au niveau de l'insertion du pédicule au hile.

La tumeur pesait 2,500 gr. et mesurait 32 centim. selon son grand diamètre ; à la coupe elle avait l'aspect de la pulpe splénique normale.

Le lendemain matin la malade accuse une légère douleur dans l'hypochondre droit. Température 37°,8, comme la veille. — A midi elle commence à se plaindre de douleurs abdominales. A trois heures elle présente tous les symptômes alarmants d'une hémorrhagie interne. Elle meurt dans la soirée.

AUTOPSIE. — Entre la peau et le péritoine, c'est-à-dire entre les deux étages de sutures pariétales, on trouve une cavité pleine de caillots représentant 4 à 500 gr. de sang au moins. Pas de sang dans le péritoine à gauche. A droite, au contraire, dans la région sous-hépatique se rencontre un énorme foyer plein de caillots (1 litre environ) ; cette hémorrhagie provient probablement des vaisseaux de l'épiploon gastro-hépatique qui présentent en certains points de petits

foyers hémorrhagiques sous-séreux. Notons que l'expulsion de la tumeur s'était faite spontanément et que les tiraillements exercés sur cet épiploon n'avaient pu être que minimes. — Foie gras. Cœur gras et flasque.

OBS. 102. — *Hypertrophie de la rate; leucémie. Splénectomie. Mort.* (TRICOMI. *Riforma medica*, 1892, t. II, p. 806 et 819; obs. I. — 2^e Congrès internat. des soc. médicales, Rome, 1894. — In VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 509; obs. I.)

Régina S..., âgée de 20 ans. Il y a 18 mois elle s'est aperçue de l'existence dans la partie gauche du ventre d'une tuméfaction indolente spontanément et à la pression. La tuméfaction augmenta progressivement de volume et devint douloureuse. Appétit conservé. Bon état général.

État au 15 avril 1891. — Bon aspect général. Corps thyroïde sain. Pas d'adénopathies. Poumons et cœur normaux. On trouve dans l'abdomen une tumeur convexe, suivant les mouvements respiratoires, s'enfonçant dans l'hypochondre gauche à la partie supérieure, remplissant le flanc correspondant et atteignant presque le ligament de Fallope. Son bord interne présente deux sillons transversaux. Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic : 83 centim. ; ligne xipho-pubienne, 36 centim.

L'utérus et les annexes sont indépendants de la tumeur. Rapport des globules blancs aux globules rouges : 1 pour 10 à 1 pour 30; hémoglobine, 64,7 à 75,3.

Traitement médical, fer, arsenic

Opération. — Incision le long du bord externe du muscle droit du côté gauche. La plaie pariétale saigne beaucoup. On a de la peine à extraire la rate qui est très volumineuse. Ligature sur le pédicule et section. Durée de l'opération : une heure et quart. La perte de sang a été d'environ un demi-litre.

Une heure après l'opération, vomissements, refroidissement des extrémités, T. 35°,3, P. 76. — Deux heures après : agitation, violente douleur abdominale. Trois heures après : collapsus; absence de pouls à la radiale, sueurs profuses, refroidissement des téguments. Mort quatre heures après l'opération.

Examen de la rate. — Poids : 2,530 gr. ; long. 30 centim., larg. 15 cent. 5, épais. 7 centim.

Dans l'hypochondre gauche on trouve environ un demi-litre de sérosité sanguinolente.

OBS. 103. — *Hypertrophie leucémique de la rate. Splénectomie. Mort par hémorrhagie.* (SPANTON. *Annual meeting of the British med. Association*, 1895. — *British med. Journ.*, 2 novembre 1895, p. 1090; obs. II.)

Femme de 52 ans. Bonne santé jusqu'il y a 18 mois, époque à laquelle la malade fut atteinte d'une fièvre typhoïde. Depuis, l'état général est mauvais. Il y a environ un an apparut dans l'abdomen une tumeur qui avait alors le volume d'une orange et qui s'est rapidement accrue. Plus récemment sont apparues de violentes douleurs abdominales. Depuis le mois dernier la malade,

condamnée au repos absolu au lit, est incapable de se lever sans être soutenue.

État actuel. — Femme pâle, amaigrie, affaiblie. Fréquentes attaques de vomissements, avec diarrhée et dyspnée. Souffle systolique à la base du cœur. Tumeur abdominale volumineuse, dure, occupant les régions de l'hypochondre, de la fosse iliaque gauche et la région ombilicale. Le sang renferme un excès de globules blancs par rapport aux globules rouges.

Opération, 3 février 1891. — Incision le long de la ligne semi-lunaire gauche. Rate libre, enlevée sans difficulté après ligature du pédicule à la soie (cinq ligatures). Au moment des tractions faites sur la tumeur pour l'extraire du ventre apparurent des symptômes de collapsus, qui cessèrent après la section du pédicule.

Cependant l'état de shock persista, et la mort se produisit 11 heures après.

La rate pesait 5 livres 1/2 et présentait les lésions de l'hypertrophie simple.

AUTOPSIE. — On trouva dans le ventre une grande quantité de sang ; mais l'origine de l'hémorrhagie ne put être découverte.

Spanton conclut à la mort par shock (?)

OBS. 104 (inédite). — *Leucocythémie splénique. Splénectomie. Mort rapide.* (FÉLIX LEJARS.)

Maria L..., 26 ans, domestique, entre à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, n° 22, service de M. le Dr Théophile Anger, le 14 janvier 1896.

Elle n'a pas d'antécédents ni de passé morbides. Depuis une année seulement elle a commencé à souffrir du ventre. Les douleurs occupaient la partie supérieure de l'abdomen ; elles se produisaient surtout par une sorte de pesanteur douloureuse très pénible et par des irradiations sourdes qui se prolongeaient en ceinture : la moindre fatigue les réveillait et les exagérait, et la respiration même devenait alors difficile. En même temps le ventre augmentait peu à peu de volume, surtout dans sa moitié gauche et supérieure, et la malade constatait elle-même l'existence d'une masse dure, qui descendait de plus en plus bas sous les fausses côtes, et elle en suivait les progrès.

Au mois d'août 1895, la situation s'aggrava notablement : tout travail devint dès lors impossible, et la santé générale subit une atteinte de plus en plus marquée : à cette époque, les règles, qui étaient restées normales jusque-là, cessèrent complètement.

Aujourd'hui la malade est amaigrie, les traits tirés, le teint jaunâtre ; l'appétit est presque nul, la respiration est gênée. La moitié gauche de la paroi abdominale est soulevée par un relief ovoïde, qui se dessine assez nettement à la simple inspection. A son niveau, la main parcourt la surface unie d'une volumineuse tumeur, qui se termine en avant, à la ligne blanche, par un bord arrondi, épais et moussu, et qui se prolonge en arrière jusque dans la profondeur du flanc. Cette tumeur est uniformément dure, sans nodosités, sans zones fluctuantes ou simplement ramollies ; elle donne la sensation d'un bloc compact. Elle est mate sur toute son étendue, et la matité se prolonge jusqu'à trois

travers de doigt au-dessus des fausses-côtes. En bas, le pôle inférieur paraît situé à la hauteur de la crête iliaque, ou un peu au-dessous. Pourtant la masse n'est pas fixe et immobilisée, et il est possible de lui imprimer un déplacement assez étendu vers la droite et d'arrière en avant ; tout en faisant les réserves nécessaires, il ne semble donc pas douteux qu'elle jouisse d'une certaine mobilité. Les explorations sont, du reste, assez douloureuses.

Le foie est de volume normal ; l'appareil génital est intact. On ne trouve rien dans les urines. L'examen du sang, pratiqué de façon quelque peu sommaire, montre une proportion relativement considérable de globules blancs. Ajoutons qu'il n'y a aucune trace de paludisme dans les antécédents de la malade.

Il s'agissait donc d'une rate leucocythémique, et d'une hypertrophie considérable. L'état précaire dans lequel cette monstrueuse tumeur plongeait la malade, l'impossibilité absolue de tout travail, l'aggravation continue des accidents, les douleurs, nous parurent justifier une intervention, dont la gravité n'était que trop évidente, mais à laquelle pourtant l'âge de l'opérée et le degré de résistance qu'elle semblait avoir conservé enlevaient tout caractère de témérité.

Opération. — Le 18 janvier, je pratiquai la splénectomie, avec le bienveillant concours de mon maître, M. Th. Anger: Anesthésie à l'éther. Longue incision verticale, menée des fausses côtes à la crête iliaque, le long du bord externe du muscle droit, ou plutôt à travers ce muscle qui était largement évasé et réduit à une mince lamelle membraneuse. On tombe tout de suite sur la tumeur splénique, d'un rouge foncé, et les lèvres de l'incision étant rétractées et les intestins protégés par des compresses aseptiques, on extrait d'abord, et sans difficulté, l'extrémité inférieure de la rate. Des adhérences étroites et fibreuses, en nappe serrée, relie à la paroi la moitié supérieure de sa face externe. On les décolle avec le doigt ; quelques-unes plus solides, sont sectionnées aux ciseaux courbes. C'est surtout au niveau du pôle supérieur que la décortication devient très difficile par la double raison qu'il faut remonter haut sous le diaphragme et que les adhérences très résistantes figurent, à ce niveau, une véritable symphyse ; le tissu splénique se déchire en plusieurs points et donne du sang. Aussi, après avoir mené prudemment et méthodiquement la plus grande partie de la besogne, est-on obligé d'achever un peu vite la libération et l'extraction du pôle supérieur, pour arriver au pédicule, le pincer et faire l'hémostase. Ce pédicule, très haut et qui comprend la queue du pancréas, est saisi en masse par deux clamps, l'un supérieur, l'autre inférieur, qui le divisent en deux segments ; l'artère splénique, qui bat sous le doigt, paraît énorme. Section du pédicule en dehors des clamps, extraction de tout le tissu, détersion de la large cavité opératoire aux tampons : rien ne saigne plus, que certaines adhérences rompues au niveau du diaphragme et de la paroi, et sur lesquels on applique des pinces.

Chacun des deux segments du pédicule est lié, à la soie, par un double fil enchaîné, puis les deux paquets réunis entre eux et solidarisés, en nouant ensemble les deux fils les plus voisins ; une ligature supplémentaire est jetée sur l'artère splénique, dont on voit la coupe béante sur le plan de section. Le pédicule est ensuite touché au thermo-cautère, surtout au niveau du tissu pancréatique,

enserré avec lui, et qui est, d'ailleurs, peu épais, et correspond seulement à l'extrémité de la queue. Toutes les autres pincés sont remplacées par des ligatures. Comme la grande surface de décortication pariéto-diaphragmatique saigne encore un peu en nappe on laisse à ce niveau un tamponnement de Mickulicz à la gaze iodoformée. Réunion, à trois plans au catgut, du reste de la paroi. — L'opération avait duré un peu plus d'une heure.

La malade se réveilla sans trop de peine, et la journée fut assez calme. Le soir, vers six heures, le pouls était à 100, un peu petit, mais le facies était assez bon, la peau chaude, la respiration tranquille, la température était de 38°. On avait fait un certain nombre d'injections sous-cutanées de sérum de Hayem, que l'on continua dans la soirée. Il y avait eu quelques vomissements sans caractère, attribuables à l'anesthésie.

Dans la nuit, la situation se modifia et s'aggrava rapidement, et la malade succomba d'une façon presque subite.

AUTOPSIE, faite le surlendemain. — Les pédicules étaient intacts et aucune ligature n'avait cédé : il y avait une assez notable quantité de sang dans l'abdomen, mais rien qui ressemblât à une hémorrhagie assez abondante pour être mortelle. On ne trouva trace d'aucun accident opératoire.

À notre sens, pourtant, le suintement sanguin post-opératoire eut sa part dans la pathogénie de la mort rapide, et nous dirions volontiers que notre malade a succombé au choc, si l'on voulait ici comprendre, sous ce terme, la durée de l'opération, l'hémorrhagie assez notable due à une décortication laborieuse, et se poursuivant, par un suintement en nappe, dans la journée qui suivit : double facteur dont l'importance était singulièrement aggravée, par l'état d'infériorité vitale et de résistance amoindrie du leucocythémique.

OBS. 105. — *Hypertrophie de la rate. Leucocythémie. Splénectomie. Guérison.* (FERNANDO FRANZOLINI. *Indipendente*, Torino, 1882, t. 33, p. 217. — *Americ. Journ. of the med. Sciences*, 1882, t. 84, p. 483. — *Medical Times*, juin 1883, p. 645. — *Wiener med. Woch.*, 1883, n° 20. — In FOUBERT, obs. 27.)

Femme de 22 ans. Santé délicate depuis son enfance. Pas d'impaludisme. N'a jamais vécu dans un pays à malaria. Dans les premiers jours de 1879, a commencé à souffrir du côté gauche de l'abdomen. En juillet 1880, on constate la présence d'une tumeur splénique volumineuse ; et, en janvier 1881, un accroissement du nombre des globules blancs.

Muqueuses et téguments décolorés ; pas d'œdème ; pas d'hypertrophie ganglionnaire. Tumeur au côté gauche de l'abdomen, élastique, dont les limites sont difficiles à déterminer. Matité s'étend de 24 centim. verticalement. Leucocytes cinq fois plus abondants que normalement. Pas d'albuminurie.

Opération (1881). — Incision de 22 centim. le long de la ligne blanche. Pédicule court. Une double ligature à la soie est placée sur l'artère splénique, de la taille de l'indicateur, et sur la veine, du volume du pouce. Section du ligament gastro-splénique entre deux ligatures, et du ligament diaphragma-

tique. — Perte d'environ une cuillerée de sang. — Durée de l'opération : 80 minutes.

La rate mesurait 26 centim. de long ; 16,5 de large ; 7 d'épaisseur, et pesait, après issue de 300 gr. de sang, 1,526 gr.

En dépit d'une pleurésie du côté gauche, avec douleur intense et fièvre, guérison complète ; diminution du nombre des globules blancs. L'examen du sang, fait en janvier 1882, montre que le rapport entre les leucocytes et les hématies est normal.

OBS. 106. — *Splénomégalie, leucémie. Splénectomie. Mort huit mois après par leucémie.* (VON BURCKHARDT. *Arch. f. klin. Chir.*, 1892, XLIII, 439, obs. III.)

Femme 26 ans. En 1885, le lendemain d'un bal où elle avait dansé, au moment de ses règles, elle fut prise de nausées, de vomissements et fut obligée de s'aliter pendant quelque temps ; elle eut de l'œdème des jambes. On la soigna pour chlorose. A ce moment, la malade nota que son ventre était plus dur qu'autrefois. Depuis cette époque la santé est restée médiocre. En 1890, cinq mois avant son entrée à l'hôpital, cette femme s'est mariée. Deux mois après, son état s'est aggravé : douleurs dans les lombes, l'épaule et le bras gauches, augmentation de volume du ventre, affaiblissement, anorexie, fièvre (39°), sueurs.

État actuel. — Douleurs lombaires assez vives. — Tumeur abdominale qui, par sa situation et sa forme, semble développée aux dépens de la rate ; face antérieure en rapport direct avec la paroi abdominale. Elle occupe toute la moitié gauche de l'abdomen, s'avance jusque près de l'arcade de Fallope, remonte jusqu'à la 9^e vertèbre dorsale ; elle suit les mouvements respiratoires. — Autres organes sains. — Pas de tuméfaction ganglionnaire. — Examen du sang : Un G.B. pour 105 G.R. ; G.R. : 4,500,000. — T. 38°8, Pouls 88.

Pendant son séjour à l'hôpital la température reste normale. Au bout de huit jours se produit une aggravation notable. Pendant ce laps de temps la malade a maigri de 2 kil. 700, et la tumeur a nettement augmenté de nature. — Absence de règles depuis octobre.

Opération, 13 décembre 1890. — Incision sus-ombilicale. Nombreuses adhérences. Pédicule assez long. Pendant les manœuvres une veine du pédicule se rompt et saigne abondamment. Adhérences fortes avec le diaphragme, le côlon et l'estomac. Splénectomie. Drainage. — Durée de l'opération : deux heures.

Rate. — Poids (vide de sang), 3 kilogr. ; long. 40 centim., larg. 22 centim., épais. 14 centim..

Après l'opération, pouls petit et fréquent ; pas de douleurs. — Soir : T. 38° ; P. 110. — Dans la nuit, angoisses, pouls mauvais, agitation. Traitement par le camphre calme ces troubles. — 14 décembre, T. 38°5 ; P. 120 ; pas de douleurs ; urines assez abondantes ; paupières œdémateuses. — 15 décembre, température vespérale 37°8. Nuit bonne. — 16 décembre, température vespérale 37°5, puis 39° ; P. 130-140. — 17 décembre, température matinale 39°, après-midi 39°3,

soir 38°; P. 120; pas de douleurs lombaires, disparition de l'œdème des paupières. — Amélioration rapide. — 22 décembre, température normale. Suppression du drainage. — Au milieu de la troisième semaine, apparition de douleurs lombaires. — Température 38°. Tuméfaction des ganglions lymphatiques et de la glande thyroïde. A la suite de l'extraction d'une dent cariée, s'est produite une hémorrhagie alvéolaire. — Examen du sang. Un G.B. pour 95 G.R. — Se lève dans la huitième semaine. — Sort 3 mois après l'opération. Douleurs lombaires moins fortes qu'autrefois; poids augmenté de 5 kilogr.; foie un peu gros.

Au cours de l'été 1891, aggravation de l'état général: anorexie, œdème des jambes, ascite, ponction abdominale. Du côté droit du cou s'est développée une tumeur de la grosseur d'une pomme. Un G.B. pour un 50 G.R. — Mort le 14 août 1891.

AUTOPSIE. — Deux litres d'ascite. Intestins distendus. Foie hypertrophié, en dégénérescence graisseuse. Un litre et demi de sérosité dans la plèvre. Pas de tuberculose pulmonaire.

OBS. 107. — *Rate hypertrophiée et mobile; leucémie. Splénectomie. Guérison. Suites éloignées médiocres.* (HENRI HARTMANN. *Congrès français de chirurgie*, 23 octobre 1895, p. 499; obs. II. — *In extenso* in LIEFFRING. Thèse Paris, 1894, obs. 39.)

A. P..., femme V..., 40 ans. Bonne santé antérieure. Pas de paludisme. Deux avortements, un accouchement. — Depuis deux ans, amaigrissement, digestions difficiles, pas de vomissements, pas de constipation. Vers la même époque la malade remarqua, entre l'hypochondre et la fosse iliaque gauche, une tumeur qui la gênait lorsqu'elle mettait son corset, si bien qu'elle dut abandonner le port de celui-ci. Ces derniers troubles persistaient sans grande modification, sauf un accroissement léger de la tumeur, lorsqu'elle fut prise, il y a quinze jours, d'accidents aigus de péritonisme, ballonnement du ventre, vomissements répétés, et fut obligée de s'aliter. Ces accidents cessèrent au bout de quelques jours, et elle retomba dans l'état antérieur, souffrant de sa tumeur, de troubles digestifs et d'une céphalée frontale assez intense pour empêcher le sommeil.

État à son entrée à l'hôpital Bichat, 2 avril 1894. — Tumeur occupant la fosse iliaque gauche, remontant jusqu'à trois travers de doigt du rebord costal, arrivant en dedans jusqu'à l'ombilic, restant en dehors à un doigt de la crête iliaque; allongée verticalement, lisse, régulière, rénitente; bord interne tranchant, bord externe plus arrondi et plus mousse, très mobile transversalement; on peut la faire pivoter sur son axe; incisure assez profonde sur son bord interne et antérieur, matité; indolente au palper. Pas de matité splénique dans l'hypochondre. Foie normal. Léger degré d'éventration sus et sous-ombilicale. Léger abaissement du rein droit. — La tumeur est indépendante de l'utérus, on l'atteint facilement dans le cul-de-sac vaginal gauche. Dans le décubitus latéral droit, elle vient dans la fosse iliaque droite; dans le décubitus gauche, elle pivote sur son grand axe. La malade étant placée sur le plan incliné, dans la position élevée du bassin, on voit la tumeur émerger du bassin et se porter dans l'hypochondre

gauche ; on retrouve alors une matité splénique qui, sur la ligne axillaire antérieure, mesure 20 centim.. — Diagnostic : Rate hypertrophiée et mobile.

Opération, 8 avril 1894. — Incision sus et sous-ombilicale. La rate est amenée doucement, progressivement, par son extrémité inférieure d'abord, puis par son bord antérieur, pendant qu'un aide soulève avec un écarteur la lèvre gauche de l'incision de manière à éviter tout froissement de l'organe. Aucune adhérence de l'organe. Pédicule lamelliforme. Ligature isolée de l'artère splénique ; puis ligature du pédicule en chaîne de trois fils entrecroisés, le plus inférieur de ces fils étant repassé autour du tout pour faire une ligature en masse. Puis, une pince longue étant placée immédiatement contre la rate pour éviter l'inondation du champ opératoire par le sang splénique, on coupe le pédicule, qui est gros (volume de 5 doigts réunis) et qu'on thermo-cautérise.

Examen de la rate. — Poids, 610 gr. ; vide de sang, 505 gr. Epaissement localisé de la capsule à la partie inférieure de la face convexe. Incisure assez marquée sur son bord antérieur. Induration tubéreuse manifeste à la coupe. Examen microscopique (Pilliet) : Endartérite, sclérose de l'organe, disparition des corpuscules de Malpighi.

Guérison sans incident. Le 28 avril, la malade se lève. Le 30 avril : 39°,8 ; congestion pulmonaire à la base droite, qui disparaît le lendemain. Sortie le 10 mai. Au palper on sent le moignon splénique sous forme d'une petite induration, immédiatement au-dessous du rebord costal, en un point correspondant à deux doigts au-dessus de l'ombilic. — 6 juin : Santé excellente. — Septembre 1895 : La malade va bien ; son poids a augmenté de 4,000 gr. — Janvier 1897 : Amaigrissement ; hémorrhagies gingivales répétées.

Examen du sang. (VAQUEZ) (1).

	G. R.	HÉMOGLOBINE	VALEUR GLOBULAIRE (par million de glob.)	-G. B.
7 avril 1894.. (veille de l'opération)	4.850.000	108	21 μ ^s	30.000 1/150
9 avril.....	4.400.000	90	20	32.000 1/137
15 avril.....	4.700.000	100	21	39.000 1/120
28 avril.....	4.280.000	95	22	50.000 1/85
6 mai.....	3.620.000	100	30	18.000 1/225
20 mai.....	3.630.000	105	31	18.000 1/200
2 octobre 1895	3.950.000	120	30	30.000 1/130
19 janvier 1897 (Appareil Malassez).	7.750.000	63	23	20.000 1/115

La forte leucocytose du 28 avril s'explique par la congestion pulmonaire qui éleva la température à 39°. — Au moment de l'examen du 2 octobre 1895, il existait une amygdalite qui jouait peut-être un rôle dans la production des globules blancs.

(1) HARTMANN et VAQUEZ. Les modifications du sang après la splénectomie. *Bull. Soc. de biologie*, 30 janv. 1897, p. 127 ; 2^e cas.

L'examen des préparations sèches a donné :

	PETITS MONONUCLÉAIRES p. 100.	GRANDS MONONUCLÉAIRES p. 100.	POLYNUCLÉAIRES p. 100.	LEUCOCYTES ÉOSINOPHILES p. 100.
27 avril 1894....	8	8	83	1
9 avril.....	5	13	82	»
15 avril.....	5	4	91	»
20 mai.....	15	6	78	1
2 octobre 1895..	4	4	89	3
15 janvier 1897..	5	10	84	1

VI. — Splénectomie pour splénomégalie paludique.

OBS. 108. — *Splénomégalie paludique. Splénectomie. Mort par hémorrhagie.* (KUCHLER, Darmstadt, 1855. *Angef. Werke.* — In MAGDELAIN, p. 55. — PÉAN, p. 1048. — FOUBERT, obs. 3. — OLGATI, obs. 2.)

Homme de 36 ans. Fièvres intermittentes à 22 ans. Splénomégalie avec ascite.

SPLÉNECTOMIE. — Incision de 12 centim. commençant au-dessous des côtes et suivant le bord externe du muscle droit du côté gauche. Opération facile. Ligature de nombreux vaisseaux.

Mort deux heures après l'opération par une hémorrhagie produite par une des branches de l'artère splénique qui n'avait pas été liée.

Rate. — Poids : 1,500 gr.

AUTOPSIE. — On trouva du sang dans la cavité pelvienne. Cirrhose atrophique du foie.

OBS. 109. — *Tumeur de la rate. Intoxication paludéenne. Leucémie légère. Splénectomie. Mort.* (FUCHS, de Bihar, 1877. — SCHMIDT'S. *Jarbuch*, 1878, p. 159. — In THIELE. *Thèse Berlin*, obs. 20, p. 16. — OLGATI, obs. 3. — FOUBERT, obs. 17.)

Femme de 40 ans. Énorme tumeur de la rate nulle part adhérente. Rien du côté des autres organes. Grande faiblesse empêchant tout travail. La malade réclame l'intervention chirurgicale.

Opération, 18 mars 1877. — Incision le long de la ligne blanche. Légère hémorrhagie par les vaisseaux divisés, facilement arrêtée.

Ouverture du péritoine. Pas d'adhérences. Vaisseaux volumineux. Section du pédicule qui, après sérieux examen, est rentré dans l'abdomen. Toilette de la cavité péritonéale. Sutures et pansement. Durée, 1 h. 45. Perte de sang insignifiante.

Injection d'éther et champagne pour relever l'état général de la malade qui est dans un état de faiblesse inquiétant. Quatre heures après, la température monte à 40°,5 et reste stationnaire. Pouls, 142. Sueurs abondantes, soif intense, vomissements fréquents. Pouls à peine perceptible. Refroidissement graduel des extrémités. Mort dix-huit heures après l'opération.

AUTOPSIE. — Dans la cavité péritonéale 3 à 4 gr. de sérosité sanguinolente. Pas de péritonite. Estomac et intestin très distendus. Foie grassex. Bronchite chronique. Épanchement de sérosité dans le péricarde.

Rate. — Poids : 5,790 gr.; longueur 49 centim., largeur 39, épaisseur 15 centim.

Bien qu'il n'y eût pas de lésions péritonéales, il est probable que la mort fut consécutive à de la septicémie péritonéale.

OBS. 110. — *Hypertrophie malarique de la rate. Splénectomie. Mort.* (GIUSEPPE CHIARLEONI. *Gaz. med. Lomb.*, avril 1881, n° 14. — *Medical Times*, avril 1881, p. 469. — OLGATI, obs. 5. — IN FOUBERT, obs. 30.)

Femme atteinte de cachexie paludéenne. Rate hypertrophiée. Splénectomie à la Casa di Salute (Milan) le 27 mars 1881. Opération laborieuse à cause de fortes et nombreuses adhérences existant entre le bord interne du foie, la rate et le diaphragme; grande difficulté pour pratiquer les ligatures. Une hémorrhagie en nappe très abondante, jointe à un épuisement nerveux profond, amènent en quelques heures la mort de la malade.

OBS. 111. — *Hypertrophie malarique de la rate. Septicémie. Mort par hémorrhagie.* (PUTTI. *Bullettino delle Scienze mediche di Bologna*, mai et juin 1888, XXI, 339; obs. I. — In OLGATI, obs. 8.)

Femme de 33 ans. Bonne santé jusqu'à 17 ans, sauf quelques accès de fièvre paludéenne de courte durée. Six accouchements normaux. Depuis deux ans elle accuse une tuméfaction très volumineuse qui occupe la région supérieure gauche du ventre. Cette tumeur, qui ne causait aucun trouble, décroît graduellement jusqu'à se réduire au volume du poing. Peu après, fièvres paludéennes qui durent trois mois. En février 1882, céphalalgie, épuisement, amaigrissement, anorexie.

État actuel, 13 juillet 1882. — Ventre globuleux dans le tiers supérieur gauche, saillie acuminée ayant l'aspect d'un cône à large base.

À la palpation on sent une résistance depuis le sternum jusqu'à l'arc costal gauche sous lequel elle se prolonge, atteignant en bas le quart inférieur du côté gauche, en arrière la région lombaire, jusqu'au point où doit se trouver le rein gauche. En ce point existe une saillie. Surface de la tumeur dure et lisse. On peut lui imprimer des mouvements limités surtout en la repoussant de la région épi-colique vers la profondeur. En déprimant brusquement la région lombaire on constate que la tumeur se porte vers la paroi antérieure de l'abdomen.

Symptômes subjectifs, douleurs spontanées, sensation continuelle et fatigante de vertige dans la position couchée, qui cesse dans l'attitude droite et s'exagère dans l'une ou l'autre position, si l'on communique à la tumeur des mouvements de bas en haut.

Les urines contiennent une petite quantité d'albumine : au microscope, des cellules épithéliales du rein, quelques leucocytes et de rares corpuscules sanguins.

Opération, 21 juillet 1882. — Incision du processus ensiformis à l'ombilic. La rate présente son bord antérieur. J'introduis doucement la main entre les viscères et la voûte diaphragmatique; en procédant doucement et lentement, j'arrive à extraire la rate. Ce second temps réussit à merveille, sauf une petite déchirure de la capsule et du tissu splénique d'où s'écoule un peu de sang couleur d'encre. Application infructueuse d'une solution saturée de permanganate de potasse; la compression à l'aide d'une éponge arrête totalement l'hémorrhagie.

Ici se présente la difficulté majeure: l'épiploon gastro-splénique que j'espérais trouver long est très court, surtout à la partie qui correspond à la grande courbure de l'estomac. Jugeant très dangereux, dans de telles conditions et peut-être impossible de pratiquer autant de ligatures qu'il existe de vaisseaux, je dissocie le ligament splénique dans sa partie médiane en deux grandes masses, entre lesquelles je passe, à l'aide de l'aiguille de Deschamps, un double lien de catgut qui serre fortement dans deux nœuds les attaches des viscères, comprenant les tissus et les vaisseaux interposés. Puis seconde ligature au catgut sur chaque portion du pédicule. Extraction de la rate. L'écoulement de sang dans l'abdomen a été insignifiant. Durée de l'opération: 45 minutes.

Poids de la tumeur: 2,000 gr.

La malade se réveille bien. A 7 heures du soir, signes d'anémie aiguë. J'enlève le pansement; cavité abdominale pleine de sang. Mort 12 heures après l'opération. Une ligature avait lâché prise.

OBS. 112. — *Rate paludique hypertrophiée. Splénectomie. Mort.* (BERGMANN. In THIELE. *Thèse de Berlin*, 1886. — OLGIIATI, obs. 13.)

Femme de 63 ans. Quatre accouchements. Il y a 28 ans, fièvre intermittente dont elle souffrit deux ans. Elle a pris peu de quinine et subi toute espèce de médications empiriques. Depuis deux ans, douleurs abdominales. Ballonnement du ventre. Gaz intestinaux fréquents et persistants.

Examen. — Malade maigre, facies indiquant la souffrance. Hypogastre augmenté. A gauche on remarque dans la région splénique une tumeur proéminente à bords tranchants s'étendant à un travers de main au-dessous de l'ombilic. A la palpation, cette tumeur va se perdre dans la région splénique. La tumeur augmente de largeur de bas en haut. Elle est mobile. Donc pas à redouter d'adhérences larges avec le diaphragme.

Opération, 15 décembre 1883. — Incision, à gauche de l'ombilic, de la hauteur de la tumeur. Extraction de la tumeur, ligature au catgut des adhérences. Ligature du hile et du pédicule avec ligature élastique et catgut. Ligature des vaisseaux gastro-spléniques. Toilette soignée de l'abdomen. Tamponnement de la cavité abdominale.

Pouls: 8 h. 1/2 soir, 86; 9 heures soir, 120; minuit, 128. — Pendant la nuit, vomissements. — Le lendemain, injection de morphine. Deux mictions peu abondantes, la dernière à 11 heures. Urine noire phéniquée, contient de l'albumine et de l'urobiline. — Le 16. 11 heures matin, vomissements. P. 120-130. Mort 9 h. 1/2 soir. La température fut toujours normale.

AUTOPSIE. — 500 centim. cubes de liquide sanguinolent dans la cavité abdominale. Point de caillots. Vessie vide.

L'issue fatale paraît devoir être attribuée autant à l'hémorrhagie qu'à la grande prostration.

Peut-être faut-il ajouter comme cause de la mort un certain degré de septième.

OBS. 113. — *Hypertrophie malarique de la rate. Splénectomie. Mort.* (PIETRZIKOWSKI. *Prager med. Woch.*, 1884, n° 19, 234 et 248. In OLGATI, obs. 7.) Opér. : GUSSENBAUER.

Malade âgée de 17 ans. A 5 ans, malaria guérie par la quinine. Malade depuis trois ans, elle éprouve une sensation de pesanteur dans l'abdomen, des douleurs dans l'hypochondre gauche, et se fatigue facilement. Le traitement par la quinine échoue; elle entre à la clinique le 24 avril 1881. On reconnaît l'existence d'une tumeur qui, par sa situation et sa forme, rappelle la rate agrandie. Elle commence au bord de la quatrième côte gauche, de la ligne parasternale à la ligne axillaire et descend jusqu'à une largeur de main au-dessus de la symphyse. Longueur, 32 centimètres. Largeur, 4 travers de doigt. Diagnostic : hypertrophie malarique de la rate. On essaye le massage, la quinine, le carbonate de fer. Un mois après on constate que la tumeur a diminué. La malade quitte l'hôpital.

Elle revient le 21 octobre 1881. La tumeur est la même, mais l'état général plus mauvais. En comprimant la tumeur on la sent diminuer; abandonnée à elle-même, elle revient ensuite à son volume primitif. Elle est donc très vasculaire. On essaye l'arsenic que la malade ne peut supporter en raison de troubles divers.

Elle quitte l'hôpital le 26 février 1882 pour aller à la campagne, et revient le 7 février 1883. La tumeur a conservé son volume, mais l'état général est plus défectueux. Ascite. Depuis quatre semaines le volume du ventre s'est accru. Oppression, dyspnée, orthopnée à cause de la toux. Insomnie. Œdème du membre inférieur droit. Albuminurie. Amaigrissement. Anémie très prononcée. Réseau veineux parombilical développé.

Opération, 13 février 1883. — Laparotomie médiane. Écoulement de 12 litres de liquide clair, citrin. Adhérences très nombreuses coupées entre deux pinces et liées, les vaisseaux qu'elles renferment sont très volumineux. 18 ligatures en tout, la queue du pancréas est comprise dans une ligature.

Le premier jour, état satisfaisant; le deuxième jour : T. 39°, 8. P. 120. Le soir, T. 40°; P. 130. Le 3^e jour à deux heures du matin l'aspect change : coma, pupilles dilatées, strabisme, extrémités contractées en extension, grincement des dents. T. 39°. Hoquet, pas de vomissements.

Le quatrième jour, pouls incomptable, paralysie des sphincters. Mort à 6 heures.

Rate. — Poids : 1,250 grammes; elle contient 400 grammes de sang.

Histologie : Dilatation des veines de la pulpe; les trabécules, les follicules clos ont leur aspect normal.

Foie atrophie, surtout dans son lobe gauche, hépatite interstitielle.

Péritonite : liquide séro-purulent et hémorrhagique, néomembranes. Ecchymoses nombreuses sur le péritoine de la paroi antérieure.

OBS. 114. — *Splénectomie pour rate paludéenne hypertrophiée. Mort.* (KOEBERLÉ. *Soc. de méd. de Strasbourg*, 1^{er} mai 1884. — *Gazette méd. de Strasbourg*, 1884, n° 7, p. 86. — *Revue de thérapeut. méd.-chir.*, août 1884. — *Medical Times*, août 1884, p. 158. — In OLGIIATI, obs. 10. — FOUBERT, obs. 34.)

Femme de 46 ans. Rate hypertrophiée à la suite de fièvres intermittentes, mesurant 45 centimètres de long et allant du pubis au diaphragme. Accroissement rapide, en moins d'un an et demi. Épanchement pleural, péricardique et péritonéal. Œdème des extrémités inférieures. T : 39°-40°. Leucocythémie, un globule blanc sur 44 globules rouges. — La malade insistant pour être opérée, Kœberlé pratique la splénectomie.

SPLÉNECTOMIE. — Incision sur la ligne médiane. On sort facilement l'extrémité inférieure de la rate. La partie supérieure est adhérente au diaphragme, mais les adhérences, qui sont récentes, peuvent être déchirées. On sectionne d'abord les vaisseaux inférieurs entre deux ligatures. Le pancréas en est très rapproché. Ligature solide des gros troncs spléniques après une ligature préalable en fil de fer placée à l'aide d'un serre-nœud, qu'on enlève ensuite. A la suite de la constriction des vaisseaux spléniques, hémorrhagie très abondante par les vaisseaux de l'incision cutanée, d'ailleurs assez facilement arrêtée. Perte d'une grande quantité de sang très plastique. La ligature des vaisseaux courts présente encore quelques difficultés. — Vers la fin de l'opération on constate que la vessie est distendue et on en extrait un urinal plein d'urine, claire comme de l'eau. Cette sécrétion abondante était la conséquence de l'augmentation de la tension artérielle du rein. — Durée de l'opération, plus de trois heures.

État très satisfaisant après l'opération. — Une heure après, convulsions et mort. Kœberlé pense qu'il s'est produit un épanchement cérébral subit.

OBS. 115. — *Splénomégalie malarique. Splénectomie. Mort.* (A. G. PODREZ, de Harkoff. 2^e *Congrès des médecins russes*, Moscou, janvier 1887. — *Chir. Vestnik, St-Petersb.*, mars 1887, III, 151. — *Centralt. für Chir.*, 1887, n° 22. — *Annals of surgery*, 1887, 6, p. 162. — In OLGIIATI, obs. 14.)

Femme de 36 ans. Malaria pendant longtemps. Rate considérablement hypertrophiée. Ascite. Cachexie.

Splénectomie pratiquée comme *indicatio vitalis* (22 novembre 1886). Incision de six pouces le long du bord externe du muscle droit à gauche. Rate séparée des organes environnants (tractus fibreux) est attirée à travers l'ouverture. Podrez entreprend de lier les vaisseaux. L'aide ayant lâché la rate, la veine splénique se rompt, causant une hémorrhagie profuse qui est cependant vite réprimée. — Durée de l'opération : 46 minutes.

Poids de la rate moins le sang : 1,756 grammes.

23 novembre. Nausées, vomissements. — 25 novembre. Zones analogues à l'urticaire sur la face et les mains. — 26. Frissons et fièvre. — 28. Météorisme. — 30. L'examen du sang montre la même proportion de globules blancs par rapport aux rouges, comme avant l'opération ; 1/200 à 1/250. — Du 1^{er} au 3 décembre, surdité, douleurs du côté gauche. — 6 décembre. Plaie guérie par première intention. — 7 et 8. La malade peut s'asseoir. — 11 et 12. Elle se lève. — 15. Frissons et fièvre avec délire. — 18. Diarrhée, vomissements, albuminurie. — 20. Paracentèse donnant issue à trois litres d'un liquide transparent. — 22. Pouls 140, T. 39°,5, nausées continuelles. — 27. Mort.

AUTOPSIE. — Péritonite chronique et néphrite parenchymateuse.

OBS. 116 (inédite). — CH. MONOD (1).

Femme de 45 ans, ayant eu des fièvres intermittentes. Rate énorme, dont le bord antérieur, tranchant, présentait une incisure profonde.

Légère augmentation du nombre des G. B. Pas de leucémie vraie.

Splénectomie le 15 février 1887. Ligature du pédicule en deux portions, puis ligature des vaisseaux au niveau de la tranche de section. Mort le lendemain.

OBS. 117. — *Splénectomie pour rate hypertrophiée et paludique, adhérente au diaphragme. Mort par hémorrhagie.* (W. K. HATCH. *Lancet*, 23 novembre 1889, vol. II, p. 1055. — In OLGATI, obs. 15.)

Hindou, âgé de 30 ans. Cachectique, Il y a huit mois, accès de fièvre quotidiens, non précédés de frissons, mais suivis de sueurs abondantes, qui persistèrent pendant un mois. Puis apparut sur le rebord costal une petite tuméfaction qui s'accrut petit à petit, sans douleur, et ne devint gênante que par son poids.

Mendiant de profession, alcoolique, le malade fut exposé aux intempéries des nuits et habita des endroits malsains. De temps en temps il eut de la dysenterie et de l'œdème des jambes. Anémié, amaigri, il a l'abdomen très développé, le thorax émacié, les jambes enflées ; à cela s'ajoute de la bronchite, de la diarrhée, des selles sanguinolentes, de l'héméralopie.

La cavité abdominale très amplifiée contient un peu de liquide et une tumeur s'étendant du rebord costal gauche jusqu'à la ligne médiane, à un pouce au-dessous de l'ombilic, quelque peu mobile, dure et lisse à sa surface, présentant une encoche facile à sentir à un pouce au-dessus du nombril. Elle est particulièrement douloureuse à tout mouvement, à tel point que le malade préfère la mort à l'existence dans ces conditions. — Matité du foie normale ; un peu d'albumine dans l'urine, pas de cylindres ; battements du cœur normaux, mais faibles. Après deux mois de traitement médical la tumeur n'avait que très peu diminué et le malade réclamait l'intervention chirurgicale.

Opération, 14 août 1888. — Large incision abdominale ; écoulement sanguin abondant à la section de la paroi. La main exploratrice, introduite dans la cavité

(1) Cette observation ayant été égarée, notre maître, M. Monod, n'a pu nous fournir que les quelques renseignements suivants, dont il s'est souvenu.

abdominale pour assurer la ligature des vaisseaux spléniques, rencontre des adhérences entre la tumeur et le diaphragme. Pendant leur décollement, conduit cependant avec douceur, il se produisit subitement une hémorrhagie. Ligature placée aussi vite que possible avant qu'il n'y ait une trop grande perte de sang. La séparation et la libération complète de la rate sont alors amenées sans difficulté. La cavité péritonéale fut nettoyée, le pédicule examiné, la plaie suturée et couverte d'un pansement sec.

Injection saline dans la veine basilique. Le malade se remonte, mais pour un temps très court. Il tombe vite dans le collapsus et meurt le soir.

Rate très dure, très pigmentée, présentant quelques déchirures de la capsule au niveau des adhérences avec le diaphragme. — Le pédicule était bien ligaturé, mais il s'était produit ensuite un suintement considérable au niveau du diaphragme, ayant donné lieu à une collection de 300 grammes de sang libre dans la cavité abdominale.

OBS. 118. — (MONTENOVESI. D'après DANDOLO. *Gaz. med. Lombarda*, 1893, p. 109 ; obs. I.)

Homme. Mégalosplénie palustre ; sang normal. Splénectomie. Mort. Poids de la rate : 2,500 gr.

OBS. 119. — *Splénectomie pour hypertrophie malarique de la rate. Mort.* (TASSI EMIDIO. *Bull. della reale Accad. di Roma*, 1890-91, XVII, p. 63.)

Filomena S..., 34 ans. A eu des fièvres intermittentes. 7 accouchements. Le 23 juin 1889, à la suite d'une longue course, elle ressentit une violente douleur dans le côté gauche et elle y reconnut l'existence d'une tumeur dure, douloureuse à la pression. Les douleurs augmentant de jour en jour, elle fut forcée de s'aliter. Il y a un mois, symptômes de péritonite. La malade réclame une intervention.

État actuel, 20 mai 1896. — Tumeur abdominale à face antérieure convexe et lisse, douloureuse à la pression, présentant une encoche profonde, de consistance dure. Matité à son niveau. Diagnostic reste hésitant.

Opération, 9 juin 1890. — Adhérences de la tumeur aux organes voisins, consécutives à de la péritonite. Hémostase soignée ; la perte de sang fut insignifiante. Splénectomie.

Suites. — 9 juin : 37°,3. — 10 : 37°,4 à 38°,2. — 11 : 37°,4 à 37°,8. — 12 : 36°,3 à 37°,3. — 13 : 36°. Mort à 5 heures du matin dans le collapsus survenu dans les 16 dernières heures.

Examen de la rate. — Dimensions : 35, 15, 8 centim. Poids : 1,640 gr. Histologie : inflammation chronique de la rate avec de très nombreux infarctus et thrombose récente des veines.

AUTOPSIE. — Pas d'hémorrhagie dans la région splénique ; 7 à 800 gr. de sang liquide dans le pelvis, provenant d'un suintement lent qui s'était produit au niveau des adhérences. Les ligatures ont bien tenu. Tassi accuse comme cause de l'hémorrhagie l'état pathologique du sang et des vaisseaux.

OBS. 120. — *Hypertrophie malarique de la rate. Splénectomie. Mort.* (N. N. FILIPPOSI et M. M. KUSNEROW. *Chirurgitscheski Westnik*, Saint-Pétersbourg, 1890, juillet et septembre. — D'après *Centralb. für Chir.*, 1891, p. 179. — In OLGATI, obs. 17.) — Opér. : GRUBE.

Femme de 25 ans. Fièvres intermittentes de 11 à 14 ans. Reprise de la fièvre pendant une plus longue période après une interruption d'un an. La tumeur abdominale a été remarquée il y a cinq ans. Peu gênante au début, elle détermina par son augmentation des douleurs dans l'abdomen et les lombes. Dans les deux dernières années, dyspnée croissante, palpitations, vertiges, dépression psychique. Tous les traitements externes et internes restèrent sans résultat.

Examen. — Dans la moitié gauche du ventre, tumeur volumineuse, facile à palper, lisse et dure, étendue de l'hypochondre gauche jusqu'au ligament de Fallope et la symphyse pubienne et dépassant la ligne blanche de 3 centim. La moitié inférieure est facile à déplacer, tandis que la moitié supérieure est fixe. Un peu d'anémie, mais bon état général. Urine normale. Viscères sains. Pas d'ascite. Sang : 1 globule blanc pour 762 rouges. Quantité d'hémoglobine diminuée des 3/5^{es}.

Diagnostic : Hypertrophie malarique de la rate.

SPLÉNECTOMIE (1890). — Incision sur le bord externe du muscle droit abdominal gauche. Aussitôt après la ligature du pédicule, il se fait par une déchirure de la tumeur une hémorrhagie veineuse qui oblige à accélérer et à terminer promptement l'intervention.

Rate, sans le sang qu'elle contenait : 2,100 gr. Caractère, d'une hyperplasie simple. Les amas de pigment qu'on observe dans la malaria manquent totalement.

Suites. — Fièvre élevée, agitation, douleurs abdominales, météorisme, etc... Mort au huitième jour dans un collapsus profond.

AUTOPSIE. — Développement exagéré du tissu conjonctif de tous les organes avec sclérose et ratatinement. Foie cirrhosé. Cœur petit. Aorte très rétrécie. Gros troncs veineux remarquablement rétractés. Ganglions lymphatiques petits. Poumons petits.

OBS. 121 (inérite). — *Hypertrophie paludique de la rate. Splénectomie. Mort.* (PAUL SEGOND.)

Jeune femme de 22 ans, nullipare, opérée par M. Paul Segond le 19 novembre 1891, chez les Augustines de la rue de la Santé.

Comme antécédents : à l'âge de 6 ans et *jusqu'à 11 ans*, nombreux accès de fièvre palustre. Fièvre jaune grave en 1889. — Réglée à 16 ans et toujours bien réglée depuis.

Lorsque M^{me} X., m'a consulté, elle ne savait pas de quand datait le début de l'hypertrophie splénique ; mais, depuis un an, cette hypertrophie avait facilement pris des proportions considérables, des douleurs, souvent intolérables, s'étaient déclarées et les forces diminuaient visiblement. — La rate

descendait dans la fosse iliaque et s'étendait, en travers, jusqu'à l'ombilic. Sa consistance était uniforme. — L'exploration des autres viscères et l'examen du sang démontrèrent qu'il ne s'agissait pas d'une rate leucémique. J'ai donc porté le diagnostic d'hypertrophie splénique, peut-être de nature paludique, et c'est en me basant sur la marche rapide de l'hypertrophie, sur l'altération progressive de l'état général et sur l'intensité croissante des phénomènes douloureux que j'ai conseillé l'intervention.

La splénectomie s'est faite sans incident et sans difficulté : Laparotomie latérale. Extériorisation de l'organe. Division du pédicule en trois pédicules secondaires. Réduction de ces pédicules, après solide ligature à la soie des énormes vaisseaux qui les contiennent. Enfin, après vérification très soignée de l'hémostase, fermeture de la paroi abdominale et pansement compressif habituel. Le tout a duré trois quarts d'heure.

La rate pesait 1,500 grammes. Elle était longue de 35 centimètres et large de 14, sa circonférence mesurait 28 centimètres. L'examen histologique pratiqué chez M. Cornil a confirmé le diagnostic clinique.

Les suites opératoires ont été d'abord rassurantes, et pendant les 24 premières heures, le facies, la température qui ne dépassait pas 37°,5 et l'état du poulx m'ont fait espérer un résultat favorable. — Puis brusquement, sans élévation thermique, sans météorisme et sans vomissements, le poulx est devenu incomptable, les extrémités se sont refroidies et la malade s'est éteinte dans la nuit du deuxième au troisième jour.

OBS. 122. — *Hypertrophie malarique de la rate. Splénectomie. Mort.* (MEEROVITCH (MAJEROVITCH) *Wratch*, 1893, n° 21, p. 597 ; obs. 111. — In OLGIAITI, obs. 20. — *Bulletin médical*, 1893, p. 824.)

Hélène M..., 21 ans, fut souvent atteinte de fièvre. Depuis cinq ans, elle présente une tumeur de l'abdomen, qui l'empêche de travailler. Anémie, épistaxis, facies terreux, dyspnée, aménorrhée depuis quatre ans. — Tumeur abdominale, irrégulière, lobulée, très dure, mobile, occupant apparemment tout le ventre. — Constipation. Expectoration abondante. Râles à la partie postérieure des poumons. Fréquentes envies d'uriner ; pas d'albuminurie.

Traitement par la quinine et le fer, du 15 mars au 13 avril. Pendant ce laps de temps, température normale, plusieurs épistaxis.

Sang. — Pas d'augmentation sensible du nombre des globules blancs. Pas d'hypertrophie ganglionnaire.

Opération, 3 avril. — Incision médiane de 22 centimètres. Rate très adhérente à l'épiploon. Libérée de ce côté, elle se montre accolée aux intestins. Il fallut deux heures et demie environ pour la libérer (mains, ciseaux, thermocautère). L'opération dura trois heures et la malade mourut cinq heures après.

Rate. — 2,640 gr.

AUTOPSIE. — 2 à 3 verres de sang dans la cavité abdominale.

La malade est morte, d'après Meerovitch, pour trois raisons qui s'ajoutent : 1° Hémorrhagie interne insignifiante ; 2° perte du sang contenu dans la rate et

du sang opératoire ; 3^e diminution de la pression sanguine sous l'influence de l'irritation des organes abdominaux par suite de la durée de l'opération.

OBS. 123. — *Splénomégalie malarique, rate mobile. Splénectomie. Mort à la fin de l'opération.* (KAMMERER. *Transact of the New-York Surg. Soc.*, 28 fév. 1894. — *Annals of surgery*, 1894, 19, p. 688. — In OLGIATI, obs. 24.)

Kammerer présente la rate d'un homme de 45 ans, traité pour la malaria depuis trois ans, pendant lesquels s'est développée une tumeur splénique. Le malade a pris de l'arsenic, de la quinine, du fer en grande quantité. Depuis six mois, il est incapable de s'occuper à quoi que ce soit, en raison de la douleur et surtout de la gêne causée par le développement rapide de la tumeur qui, au moment de l'entrée à l'hôpital, atteint la ligne médiane à droite et gagne, en bas et à gauche, les bords du pelvis. La tumeur paraît mobile, et quand le malade se met debout, elle change distinctement de position.

La numération des globules a donné lieu à de telles contradictions que les chiffres obtenus n'ont pas de valeur. Le nombre des globules rouges est normal. Pas d'hypertrophie ganglionnaire. L'examen *post mortem* montra nettement qu'il s'agissait de leucémie splénique. Bon état général.

Opération. — Incision transversale partant de la région lombaire gauche, jusqu'au bord externe du muscle droit du côté inférieur. Petite incision de 3 ou 4 pouces, partant de la première dans une direction descendante le long du bord externe du muscle droit du côté gauche. Le bord droit de la tumeur est ainsi bien exposé. Une petite portion d'épiploon qui la recouvre est lié et réséqué. Le bord inférieur de la tumeur est soulevé, et on essaye d'atteindre le pédicule en rompant les adhérences de l'épiploon. L'hémorrhagie de la première incision quelque peu abondante est facilement maîtrisée. Mais il n'en va pas de même quand on atteint les larges veines qui pénètrent dans la tumeur. Elles sont extrêmement fragiles. Une petite déchirure se produit dans l'une d'elles ; malgré tous les soins, et en essayant de la pincer, le vaisseau s'ouvre complètement, ce qui nécessite la compression pendant la plus grande partie de l'opération pour parer à une hémorrhagie sérieuse. — Finalement on finit par lier les vaisseaux à ce niveau en passant derrière eux une aiguille à anévrysme, heureusement sans les blesser, et les couper entre deux ligatures. On commence à rompre les adhérences au diaphragme. Elles étaient très résistantes, et obligèrent à développer une grande force, mais on arriva enfin à dégager la tumeur de dessous les côtes et à l'extraire. Elle était adhérente à l'estomac, au pancréas et au côlon.

Hémorrhagie considérable, mais non alarmante, par les adhérences au diaphragme, immédiatement réprimée par un tampon de gaze stérilisée. On voit maintenant que la moitié seulement du pédicule a été liée et qu'un autre groupe (cordon) de vaisseaux pénètre dans la rate en un point plus élevé que celui qu'il était possible d'atteindre par le bas. On les lie, et la rate est enlevée.

Le malade est en bon état, étant donnée l'importante perte de sang. Tout à coup, après avoir tamponné la cavité de la plaie, suturé les parois et appliqué un pansement, la respiration commence à manquer, et le pouls devient inter-

mittent; l'anesthésie (éther) avait été suspendue depuis une demi-heure.

Stimulation sous toutes les formes, transfusion. Cependant le malade ne se relève pas et meurt.

Rate. — Poids : 7 livres et demi.

OBS. 124. — (T. VALLEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 510 ; obs. 14.) — Opér. : TRICOMI.

M..., 32 ans. Hypertrophie malarique de la rate. — Splénectomie (21 sept. 1895) : Incision latérale, longue de 14 cent. Adhérences viscérales. Ligature du pédicule en quatre portions. Durée : une heure. — Poids de la rate : avec le sang, 1030 gr. ; sans le sang, 92. — Mort de Schock.

Sang : Avant l'opération : Un G. B. pour 300 à 360 G. R.

Hémoglobine, 80,3 à 80,5

Après : Un G. B. pour 300 G. R.

Hémoglobine, 80,3

OBS. 125. — *Splénomégalie paludique* (1). *Splénectomie. Mort par hémorrhagie.* (ROCHEBLAVE. *Nouveau Montpellier médical*, 15 fév. 1896, p. 133.)

Marie O..., 43 ans, originaire de la Creuse. A l'âge de 10 ans et de 18 ans, accès d'impaludisme qui disparurent sous l'influence de la quinine et n'ont jamais compromis sa santé générale. Les dernières années elle ressentait parfois pourtant, à des intervalles très irréguliers, un frisson qui n'était suivi d'aucun stade de chaleur, mais lui rappelait ses anciens accès. Deux accouchements.

Il y a un an, vomissements et douleurs névralgiques généralisées. Il y a huit mois, métrorrhagies, dont une, la dernière, très forte, à la suite de laquelle les règles se supprimèrent. Le médecin déclara qu'elle avait, dit-elle, la rate enflée, prescrivit un régime tonique et un traitement par le fer et le quinquina. Albuminurie à cette époque.

Puis l'état général s'améliora, mais la tuméfaction de l'hypochondre gauche progressait. L'époque du début du développement de cette tumeur est inconnu.

Actuellement la malade, qui souffre de douleurs parfois très vives s'irradiant dans l'épaule gauche, est essoufflée, incapable de se livrer au moindre travail, dans la nécessité de rester couchée ou tout au moins assise ; elle se plaint de phénomènes de suffocation revenant par crises, d'anorexie, de polyurie et de son ventre qui a encore considérablement grossi depuis quinze jours, dit-elle.

Examen, 31 janvier. — Visage amaigri, nez effilé. Coloration du tégument normal. En somme, émaciation légère. Ventre augmenté de volume, comme au septième mois de la grossesse. Hypochondre gauche uniformément distendu ; la peau y est normale. Zone de la matité uniforme, s'étendant de l'espace de Traube, dont la sonorité a disparu, à l'arcade crurale, et dépassant de trois travers de doigt la ligne médiane. Sonorité normale dans le flanc droit.

(1) Le titre de l'observation est « Splénectomie primitive idiopathique ». Or, la malade a eu des fièvres intermittentes.

On ne peut pincer la peau qui est extrêmement distendue. Dans l'abdomen existe une masse dure, légèrement compressible et élastique sans rénitence ou fluctuation, impossible à délimiter en haut sous le rebord costal, en bas dans la fosse iliaque entièrement remplie. Seul le bord interne dépassant la ligne médiane est très nettement senti ; il présente une concavité à grand axe longitudinal, et deux incisures situées l'une à deux centimètres au-dessus de l'ombilic, l'autre à trois centimètres au-dessous. Les doigts déprimant la masse intestinale peuvent facilement s'insinuer dans la tumeur et la soulever en bloc.

Foie un peu gros. Pas d'adénopathies. Par le toucher vaginal on sent une légère tension du cul-de-sac gauche. Bruits du cœur sourds, sans souffle. Poumons sains. Urines normales comme quantité (1.250 gr.) et qualité (12 gr. 80 d'urée par litre). L'examen du sang n'a pas été pratiqué.

Diagnostic. — Hypertrophie de la rate. On rejette l'idée du paludisme pour admettre la splénomégalie primitive idiopathique de Debone et Bruhl (?).

Les troubles étant très accusés, on décide de pratiquer la splénectomie.

SPLÉNECTOMIE, 28 janvier. — Laparotomie médiane. Rate d'aspect normal et libre d'adhérences. On sort facilement son extrémité inférieure, plus difficilement son extrémité supérieure fixée par les différents épiploons. Ligature en chaîne à la soie sur le pédicule, puis ligature en X au catgut pour plus de sûreté. La rate ne tient plus que par l'épiploon phréno-splénique qu'on sectionne après ligature à la soie. Lavage de la cavité abdominale. Sutures pariétales. — Durée de l'opération, 1 heure. La malade se réveille facilement.

L'état général est d'abord bon ; le pouls est fort. Tout à coup, exactement 1 heure et demie après l'opération, le pouls faiblit et devient misérable, la malade se refroidit et meurt en quelques minutes.

L'autopsie ne put être pratiquée ; mais il est certain qu'il s'était produit une abondante hémorrhagie.

Rate, vide de sang (elle en renfermait environ 2 litres), pèse 3 kilogr. 600. Coloration et consistance normales. Pas d'épaississement notable de la capsule, aucune lésion de dégénérescence. Pas de taches ou plaques laiteuses.

L'auteur décrit longuement la configuration extérieure de la rate. Pas d'examen histologique.

OBS. 126. — *Mégalosplénie palustre. Splénectomie difficile. Hernie des anses intestinales à travers la plaie désunie spontanément. Péritonite. Mort.* (TH. JONNESCO. *Congrès internat. de méd. Moscou, 1897. Obs. 5.*)

Saint-S..., de Zatrem, district de Valcea, âgé de 50 ans.

A l'âge de 15 ans, il aurait eu des accès de fièvre, qui se sont répétés plusieurs fois. Il y a 5 ans qu'il a observé une tumeur dans le flanc gauche, devenue douloureuse depuis quelque temps. Travail impossible.

Anémie, léger œdème des membres inférieurs. Soigné sans résultat dans un service de médecine.

Diagnostic. — Mégalosplénie palustre, rate occupant l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque gauches, l'hypogastre et une partie de la fosse iliaque droite. Rate fixe.

Opération. — Splénectomie le 28 décembre 1896. Incision médiane de l'appendice xiphoïde à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Des adhérences vasculaires multiples avec le grand épiploon et la paroi abdominale antérieure sont sectionnées entre ligatures. Symphyse spléno-diaphragmatique. Arrachement du diaphragme sur une grande étendue ; ouverture de la plèvre à deux endroits. Le pédicule contient de très nombreux vaisseaux. La veine splénique a les dimensions du pouce ; l'artère splénique athéromateuse a le volume de la fémorale. Fermeture de la cavité abdominale sans drainage, suture à double étage au catgut. — Durée de l'opération : 50 minutes.

Suites opératoires. — Bronchite, toux fréquente. Le 6^e jour, dans un effort de toux, la plaie abdominale s'ouvre dans toute son étendue ; hernie des anses intestinales. On réduit l'intestin qui présente des traces de péritonite, et l'on ferme la plaie abdominale, Péritonite généralisée. Le malade succombe le 3 janvier 1897. La rate pesait, sang compris, 3,350 gr.

Dimensions de la rate : Longueur, 32 centim. ; largeur, 24 centim. ; épaisseur, 7 centim. 1/2.

OBS. 127. — *Mégalosplénie palustre ; pleuro-péritonite tuberculeuse. Splénectomie. Mort.* (TH. JONNESCO. *Idem* ; obs. 9.)

T. D..., Bulgare de Cucuek-Kainargi. Fièvre palustre 8 années auparavant, ayant duré quatre années. C'est à partir de cette époque qu'il aurait aperçu la tumeur du flanc gauche.

Malade faible, anémique. — Ascite. On retire 8 litres de liquide.

Diagnostic. — Mégalosplénie palustre. Rate occupant l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque gauches. — Rate fixe et adhérente.

Opération. — Splénectomie le 13 mars 1897. Pleuro-péritonite tuberculeuse. Mort, le 13 mars.

Rate. — Poids : 1,950 gr.

Dimensions de la rate : Longueur, 26 centim. ; largeur 19 centim. ; épaisseur, 12 centim.

OBS. 128. — *Splénomégalie palustre. Splénectomie difficile. Mort par hémorrhagie pleurale.* (TH. JONNESCO. *Idem* ; obs. 40.)

H. T..., de Craiova, âgé de 40 ans.

Fièvre palustre il y a 7 ans. Depuis quelques années, tumeur dans le flanc gauche. Douleur qui l'empêche de travailler.

Diagnostic. — Splénomégalie palustre. — Rate occupant l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque gauches, l'hypogastre et le flanc droit. Rate fixe. Pèrisplénite.

Opération. — Splénectomie le 6 avril 1897.

Adhérences multiples : symphyse phréno-splénique. Ouverture du diaphragme sur une étendue de 8 à 10 centim. Suture du diaphragme.

Mort le 11 avril 1897. Hémorrhagie dans la cavité pleurale qui avait été ouverte.

Rate. — Poids : 1,500 gr.

Dimensions : Longueur, 11 centim. ; largeur, 15 centim. ; épaisseur, 8 centim.

OBS. 129. — *Rate paludique mobile. Splénectomie. Guérison.* (E. DONAT, d'Odessa. *Chirurgichesky Vestnik*, avril et mai 1887. — *Annals of Surgery*, 1887, 6, p. 163. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, XXXIV, 4, 957. — In LIEFFRING, obs. 6. — OLGATI, obs. 11.)

Femme de 25 ans. Souffre de la malaria depuis cinq ans; violente douleur dans le côté gauche. — Diagnostic : Rate flottante.

Opération, 13 août 1885. — Incision médiane. Rate attirée à travers l'ouverture, ligatures posées successivement sur tous les vaisseaux. Durée de l'opération : 40 minutes.

Nausées et vomissements pendant quelques jours. Suites normales. Le 21 septembre la malade quitte l'hôpital, guérie.

En août 1886, excellente santé. Le 22 juillet, accouchement d'un enfant sain.

La rate était huit fois grosse comme une rate normale.

Examen du sang. — Veille de l'opération : 1 G. B. pour 250 G. R.

— 22 jours après : 5 — 1.000 —

— 6 mois après : 6 — 1.000 —

OBS. 130. — (POMARA, d'après DANDOLO. *Gaz. medic. lombarda*, 1893, p. 115.)

Femme de 30 ans. Hypertrophie paludique d'une rate mobile. — Splénectomie (1886) : ligature en masse du pédicule. — Guérison.

OBS. 131. — *Splénectomie pour rate hypertrophiée, malarique et flottante. Guérison.* (NILSEN. *Obstet. Soc. of New-York*, 7 déc. 1886. — *Amer. Journ. of obstetrics*, 1887, 20, p. 53 et 296. — *New-York med. record*, 1888, t. 34, p. 639. — In LIEFFRING, obs. 13. — OLGATI, obs. 12.)

Femme de 36 ans, primipare. Sérieuses attaques de fièvre il y a un an, qui ont duré six mois. Depuis plus de dix ans elle s'est aperçue d'une tuméfaction qui s'est développée dans le côté gauche. Facies anxieux. Anémie. Langue saburrale. Haleine fétide. Intermittences cardiaques. Mauvais appétit, nausées fréquentes, vomissements après les repas. Épistaxis.

Diagnostic. — Rate malarique flottante dans la région inguinale gauche.

Contre-indications : Mauvais état général, anémie, état du cœur.

Indications : Confiance dans le bien fondé du diagnostic; danger de torsion du pédicule; augmentation constante d'une sensation de poids et de douleur dans le ventre, douleur plus considérable quand la malade est étendue, ce qui la prive de repos et de sommeil; abdomen sensible à la pression légère dans la région de la tumeur; aggravation rapide de cette sensibilité dans ces derniers temps: la douleur est lourde, gravative, en raison de la pression exercée sur les organes pelviens, et maintient ou augmente leur congestion; cet état peut ainsi, sans manifestations inflammatoires aiguës, conduire à de sérieux troubles inflammatoires, ou à la formation d'adhérences graves entre les organes abdominaux; le fait que la rate n'est pas essentiellement à la vie; l'absence de leucémie.

Opération, 21 novembre 1896. — Incision médiane sous-ombilicale. La rate est libre. Pédicule de 25 centimètres; il contient une artère du volume d'un crayon, accompagnée d'une veine qui présente le calibre d'une anse d'intestin grêle. Le pédicule est transfixé et lié à la soie à trois pouces de la rate; le bout de l'artère est lié au catgut. Durée de l'opération : 20 minutes.

Rate. — Poids : 2 livres.

Les symptômes dont souffrait la malade avant l'opération s'amendent graduellement; l'insomnie et les élancements dans le côté résistent plus longtemps. — Dix-huit mois après, l'état était très satisfaisant.

OBS. 132. — *Hypertrophie malarique de la rate. Splénectomie. Guérison.* (M. PUTTI. *Bolletino delle Scienze mediche di Bologna*, mai et juin 1888, XXI, 339; obs. II. — In OLGATI, obs. 9.)

Homme, de 19 ans. Fièvre paludéenne à 4 ans, de courte durée. Santé toujours chancelante, en dépit de nombreux traitements. Pas de renseignements sur la date du début du développement de la tumeur abdominale.

État actuel. — Aspect impubère d'un garçon de 12 ans, imberbe, organes génitaux peu développés, couverts de poils rares et courts. — Volumineuse tumeur de l'abdomen, occupant la moitié gauche. Son extrémité supérieure disparaît sous l'arc costal.

La percussion révèle qu'elle atteint le bord inférieur de la cinquième côte. L'extrémité inférieure se prolonge jusqu'à la symphyse pubienne. Les deux tiers inférieurs sont très mobiles, le tiers supérieur est presque immobile. Surface lisse, uniforme, consistance fibreuse. — Le foie dépasse le rebord rectal de trois travers de doigt. — Poumons sains. Souffles cardiaques, surtout à l'orifice aortique. — Temp. : 38°,5. Puls : 110. Resp. : 30.

Diagnostic : hypertrophie splénique avec leucémie.

SPLÉNECTOMIE, 1^{er} sept. 1887. — Incision suivant la ligne blanche, du processus ensiformis à deux doigts de la symphyse. La tumeur splénique, couleur de plomb, très volumineuse, se montre. La partie supérieure est couverte en bonne partie par le lobe gauche du foie, qu'il me faut récliner en haut, après l'avoir recouvert de compresses chaudes, que je confie à un aide. Pour faciliter la libération de la tumeur de ses adhérences naturelles, puisqu'il n'en existe pas de pathologiques, j'essaye de l'extraire, mais je ne réussis que pour l'extrémité inférieure. Alors je commence à détacher l'épiploon gastro-splénique, divisant entre deux ligatures au catgut ses portions successives, qui renferment une énorme quantité de vaisseaux surtout veineux. J'atteins ainsi l'artère et la veine splénique, qui cheminent côte à côte. L'artère, très flexueuse, d'un calibre énorme, à parois très épaisses, est comprise dans une double ligature. La veine, d'un volume très considérable, a des parois si minces qu'on doit craindre la déchirure en les comprenant dans une ligature trop serrée, est liée de même. L'organe hypertrophié, privé de ses attaches les plus solides, est relevé de bas en haut, et à la suite d'un mouvement imprévu de l'aide qui a la charge de soutenir le viscère, il se produit une déchirure de la capsule et

du parenchyme splénique, au voisinage du hile d'où s'échappe tout à coup, et en abondance, un flot de sang très noir. On réprime l'hémorrhagie avec un tampon de gaze et je puis terminer l'opération en toute sécurité en détachant l'extrémité supérieure de l'épiploon, et liant les vaisseaux courts.

Ayant terminé la partie la plus difficile et la plus dangereuse, il ne reste plus qu'une section transversale de l'épiploon gastro-splénique, entre les feuillets duquel se voient sur la tranche les moignons des vaisseaux liés. Les bords des feuillets sont liés suivant le procédé de Schröder. Quelques gouttes de sang restent dans la cavité péritonéale, qui est nettoyée avec soin. Lavage au sublimé. — Durée de l'opération : 1 h. 30.

Rate. — Poids : 4.000 gr.

La malade se réveille bien — Soir : T. 37°,5, P. 94. R. 32. Diarrhée, expulsion d'ascarides. — Le 8^e jour, T. 39°,6. Suppuration de deux points de suture superficiels. Le foie ne dépasse plus le rebord costal qu'à d'un travers de doigt. — Guérison 20 jours après l'opération.

En mai 1888, le chirurgien avait reçu d'excellentes nouvelles de son opéré.

OBS. 133. — *Extirpation d'une rate malarique mobile. Expulsion consécutive du fil de ligature du pédicule.* (THÉODORE A. MC GRAW. *Medical record*, New-York, XXXIII, 30 juin 1888, p. 709; obs. I.— In LIEFFRING, obs. 16.)

Femme de 40 ans. Pas d'accouchements. En 1870 elle est atteinte de fièvres paludéennes qui persistent deux ans. A ce moment elle n'avait pas remarqué la présence d'une tumeur dans la région splénique, mais le ventre avait augmenté de volume. Comme ce fait était associé à de l'aménorrhée, la malade supposa qu'elle était enceinte.

En 1872, le ballonnement du ventre disparut et les règles réapparurent.

En 1876, elle reçoit un coup de pied sur le ventre et fut obligée de rester au lit en raison d'une inflammation violente d'intestin. Lorsqu'elle commença à se lever elle nota que la partie inférieure de l'abdomen était augmentée de volume et commença à souffrir dans la région ovarienne droite. Menstruation irrégulière. Le ventre continua à se ballonner; l'augmentation de volume occupa d'abord la région de la fosse iliaque droite. La tumeur abdominale, mobile, pouvait être refoulée vers la ligne médiane et déterminait alors moins de douleurs.

Après chaque attaque de colique elle semblait s'accroître.

Au bout de 7 mois, réapparition des règles, arrêt d'accroissement de la tumeur, suppression des douleurs. De 1877 à 1886 les douleurs sont très peu intenses et la tumeur reste stationnaire, menstruation régulière.

En 1886, douleurs intermittentes et violentes dans la région de la fosse iliaque droite; elles deviennent suffisantes pour déterminer la malade à réclamer la guérison à tout prix.

Quand Mc Graw la vit (mai 1887), elle était affaiblie et anémique, d'un teint jaunâtre. Tumeur rénitente, remplissant la fosse iliaque droite et dépassant la ligne médiane à gauche de 2 centimètres. Par sa partie supérieure elle atteint presque une ligne transversale passant par l'ombilic. Utérus refoulé à gauche.

Partie droite du bassin remplie par la tumeur, qui paraissait située dans le ligament large droit et était absolument immobile. — On pense à une ancienne grossesse extra-utérine.

Opération, 28 juin 1887. — Laparotomie hypogastrique. La tumeur, non kystique, est indépendante de l'utérus et de l'ovaire. Pas d'adhérences; l'immobilité est due à la compression des autres organes. On reconnaît facilement qu'il s'agit d'une rate hypertrophiée et déplacée. Pédicule long. Ligature du pédicule à la soie, en deux faisceaux, puis en masse. Les veines, nombreuses et volumineuses (petit doigt), devinrent énormes quand on eut placé les ligatures; mais elles diminuèrent quand on réintégra le pédicule dans le ventre.

Rate. — Poids immédiatement après l'opération : 1,380 gr.

Pendant la première semaine, température normale; bon état général, quelques nausées et de la douleur dans l'épaule gauche. — 4 juillet, albuminurie. — Le 5, apparition des règles avec une avance de huit jours. — Le 6, ablation des fils de suture; suppuration en deux points. — 10 juillet, élévation subite de la température à 38°; douleurs dans le côté gauche au-dessous des côtés. Frottements à la base de la plèvre gauche. Puis la fièvre persiste. — Le 15, aggravation des symptômes; râles crépitants et matité à la base du poumon gauche; un point très douloureux immédiatement en dessous du rebord costal gauche. — Vers le 25 juillet les différents symptômes commencent à diminuer. La malade quitte l'hôpital le 25 août, gardant de la douleur dans l'épaule gauche.

Puis les douleurs augmentent. Le 27 mars 1888, hémoptysie qui dure jusqu'au 1^{er} avril, époque à laquelle elle rend dans les crachats un fil de ligature qui ne pouvait être que celui du pédicule. D'après Mc Graw, ce fil fut craché et non vomé, car jamais n'avaient existé de troubles gastriques.

Guérison rapide.

Mc Graw insiste sur l'impossibilité du diagnostic dans ce cas en raison du déplacement considérable de la rate; il avait pensé à une grossesse extra-utérine. Il ne fut pas possible de pratiquer l'examen du sang avant le 12 août. Pendant les sept mois qui suivirent l'opération le nombre des globules blancs fut quintuplé ou sextuplé par rapport aux rouges. Pendant les trois derniers mois le nombre des globules blancs a diminué et est actuellement normal.

Mc Graw pense qu'il s'agit d'une rate paludéenne qui, à la suite d'un traumatisme, devint mobile par déchirure de ses ligaments. Il explique les troubles intermittents de la menstruation par l'intermittence de la compression des ovaires.

OBS. 134. — *Rate mobile, malarique, hypertrophiée. Splénectomie. Guérison.* (A. CASINI. *Annale clinici dell' Ospedale degli Incurabili*, Naples, 1887, XII, 342. — *British med. Journ.*, 1888, I, 1020. — In LIEFFRING, obs. 15.)

Femme, 22 ans. Pendant quatre ans, fréquentes attaques de malaria avec ictère. Depuis trois ans, tiraillements désagréables dans l'abdomen; dès cette époque la malade constata la présence d'une tumeur qui augmenta graduelle-

ment de volumè pendant que l'état général s'altérait progressivement. — A l'examen, ventre volumineux, surtout à gauche; tumeur molle, arrondie, s'étendant des côtes au pelvis, transversalement d'une ligne axillaire à l'autre, très mobile. Il est à remarquer que lorsqu'on l'attire à droite on détermine une tentative de tiraillement dans le côté gauche. Un peu d'ascite.

Opération, 20 avril. — Quelques adhérences au rein et surtout au pancréas qui faisait partie du pédicule. Ne pouvant séparer complètement le pancréas, on dut le pincer, le lier et le sectionner.

Guérison avec un petit abcès de la paroi abdominale. — Six mois après, excellent état.

Rate. — Poids : 3.100 gr.

OBS. 135. — *Splénomégalie paludique. Splénectomie. Guérison*. (O. POSPISCHIL. *Riforma med.*, 26 novembre 1887, p. 1622. — *Revue des sc. méd.*, t. 32, p. 237.) Opér. : BILLROTH.

Jeune homme ayant eu des fièvres intermittentes. Péritonite à la suite de laquelle persistèrent un gonflement de l'abdomen, de la toux et une débilité croissante. — Diagnostic : péritonite tuberculeuse.

Laparotomie. — L'abdomen ouvert, on vit une tumeur brune, énorme, avec des adhérences nombreuses et qu'on crut venir du petit bassin ; mais on s'aperçut bientôt que cette tumeur, qui s'étendait des arcs costaux au pelvis, était la rate. Par les adhérences rompues se faisait une hémorrhagie impossible à dominer. Des adhérences semblables avec le diaphragme et la partie postérieure du péritoine furent aussitôt rompues, le pédicule lié et la rate extirpée. Toute la cavité saignante fut comblée de gaze iodoformée, qui fut retirée du dixième au douzième jour. — Guérison complète.

Examen du sang. — Pas de leucémie. — Rate vide de sang et rétractée : long., 40 centim.; larg., 25 centim.; épais., 8 centim.

OBS. 136. — *Mégalosplénie malarique, rate mobile. Splénectomie. Guérison* (INOTESCU. *Spitalul.*, Bucharest, 1888, VIII, 458. — In DOUGLAS, *Journ. of the americ. med. Assoc.*, avril 1896, p. 804, obs. 11. — LIEFFRING, obs. 22.) Opér. : ASSAKY.

Femme de 26 ans. Six accouchements. Fièvres intermittentes à l'âge de 12 ans. Depuis cette époque, ventre tuméfié par l'existence d'une tumeur perçue dans l'hypochondre et le flanc gauche. Traitement médical sans résultat.

État actuel, 9 décembre 1888. — Anémie. Pas de ganglions ; corps thyroïde normal. Pas de troubles digestifs. — Foie normal à la percussion. Région splénique sonore, non déformée. La main, insinuée sous le rebord des côtes, ne perçoit pas la rate. Abdomen augmenté de volume, surtout au-dessous de l'ombilic. — Dilatation des veines sous-cutanées ; vergetures. Dans le décubitus dorsal la tumeur est située au milieu de l'abdomen et son grand diamètre s'étend des fausses côtes au pubis ; ce diamètre maximum est quelquefois transversal et fait alors saillie sous les flancs. Tumeur dure, non fluctuante ; face antérieure

convexe ; face postérieure difficile à palper, semble concave ; bord gauche concave, présente des incisures ; une extrémité plus grosse que l'autre. Matité à la surface de la tumeur dans des différentes positions. — Tumeur semble indépendante de l'utérus.

Sang. — 9 décembre. G. R. = 4.500.000

G. B. = 3 p. 100

Hémoglobine (appareil de Heinsch), 7,1 p. 100

13 décembre. G. R. = 5.000.000

G. B. = 3 p. 100

Hémoglobine. 7,1 p. 100

Diagnostic. — Mégalosplénie, rate mobile.

Opération, 13 décembre. — Incision médiane ombilico-pubienne ; puis prolongation de 4 centim. pour faciliter la sortie de la tumeur. Extraction difficile par suite d'adhérences à l'extrémité supérieure sur une étendue de 2 centim. et demi. Quatre ligatures en chaîne au catgut. On aborde ensuite le grand pédicule, fragile, de 12 centim. de longueur. Section entre deux lignes de pinces de Richelot. Pédicule très vasculaire ; vaisseaux dilatés ; artère splénique à le volume de la carotide. Sept sutures, ligature en chaîne à la soie, puis ligatures vers l'extrémité libre du pédicule des vaisseaux sanguins avec trois fils de catgut et trois fils de soie. Toilette péritonéale. Durée de l'opération 1 h. 45.

Rate. — Conformation de la glande normale. Poids avec le sang : 2,410 gr. ; long., 34 centim. ; larg., 42 centim. ; épais., 7 centimètres. Examen de la tumeur (Babes). Hyperplasie chronique de la rate, surtout dans sa pulpe ; pas de pigments ; infarctus hémorrhagiques.

Suites opératoires. — Normales. — 30 décembre. Quatre ganglions tuméfiés à la nuque.

Sang. — 26 décembre. G. R. = 7.440,000

G. B. = 2 p. 100

Hémoglobine = 6,2

27 — G. R. = 7.440.000

G. B. = 1 sur 40

Hémoglobine 6,2

31 — G. R. = 9.000.000

G. B. = 4/225

Hémoglobine (Hénoc) 5,2 p. 100

Urée. — Avant l'opération... 6.450 par litre

14 octobre..... 8.947 —

31 décembre..... 10.888 —

OBS. 137. — *Splénectomie pour rate hypertrophiée, malarique et en ectopie.* (B. MARTINO. *Bollettino della r. Accad. med. chir. di Napoli*, 1890, XLIII, p. 9.)

Vincenza C..., 23 ans, entre à l'hôpital des Incurables le 1^{er} mai. Fièvres intermittentes dans sa jeunesse. — Il y a deux ans elle a remarqué la présence

d'une tumeur dans la région épigastrique (à gauche), indolente à la pression, dure. Miction et défécation normales.

Elle est amenée à l'hôpital pour péritonite. Les phénomènes péritonéaux disparaissent, mais la tumeur abdominale persiste. — Nouvelle attaque de fièvre intermittente.

Examen. — En septembre : Abdomen augmenté de volume dans sa portion gauche. Tumeur allongée s'étendant du rebord costal gauche au pubis ; son bord interne présente une encoche profonde. Matité à son niveau.

Diagnostic. — Rate hypertrophiée et malarique en ectopie.

Opération, 20 septembre 1888. — Laparotomie médiane. La tumeur est adhérente à la paroi abdominale antérieure et avec plusieurs anses intestinales. Libération des adhérences. Ligature et section du pédicule.

Guérison complète en huit jours ; persistant cinq mois après.

Poids de la tumeur : 1,500 gr.

OBS. 138 et 139. — (MONTENOVESI. D'après DANDOLO. *Gazzetta med. Lombarda*, 1893, p. 109 ; obs. II et III.)

II. — Homme. Mégalosplénie palustre, sang normal. Splénectomie (laparotomie médiane). Pas de leucémie post-opératoire. Guérison. Poids de la rate : 1.500 gr.

III. — Homme. Mégalosplénie palustre ; sang normal. Splénectomie (laparotomie médiane.) Guérison. Poids de la rate : 1.500 gr.

OBS. 140. — *Hypertrophie malarique de la rate. Rate mobile. Splénectomie. Guérison.* (MEEROVITCH [Majerovitch]. *Wratch*, 1893, n° 21, p. 597 ; obs. I. — In OLGIATI, obs. 18. — *Bull. méd.*, 1897, p. 824.)

Hélène T..., 24 ans. Souvent atteinte de fièvre depuis son enfance. Dès le jeune âge son ventre a commencé à grossir et n'a cessé d'augmenter que depuis six ans. Règles rares. Épistaxis fréquentes.

Entre à l'hôpital d'Ekatherinbourg, se plaignant de pesanteur, d'essoufflement, d'incapacité de travailler. — Presque tout le ventre est rempli par une tumeur énorme, dure et lisse, qui descend jusqu'au pubis. Les limites extrêmes de la fosse iliaque droite seules ne sont pas occupées. Elle recouvre en haut le lobe gauche du foie et de l'estomac. Échancrure profonde sur le bord droit. Légèrement mobile. Pas de frottements péritonéaux à sa surface. Aucun rapport avec les organes génitaux. Par sa pression elle détermine de fréquentes envies d'uriner. — Anémie. P : 80 + R : 24, superficielle. A la partie inférieure du poumon, respiration rude, expectoration exagérée. Pas d'œdème. — Au repos la malade se trouve assez bien ; mais à la moindre fatigue, elle présente de la dyspnée. — Traitement par l'arsenic, la quinine, les ferrugineux pendant quelques mois ; aucun résultat. La faradisation qu'on tente détermine à chaque séance des épistaxis. — La malade veut être opérée.

Opération, 9 octobre. — Ouverture de l'abdomen par une incision de 22 centi-

mètres, et ablation facile de la rate qui ne contractait presque pas d'adhérences avec les organes voisins. Seul, le grand épiploon adhérait en deux points peu étendus. Ces adhérences furent facilement rompues avec le doigt et les ligaments qui rattachaient la rate aux organes voisins, côlon, diaphragme, estomac, sectionnés entre deux ligatures. — Les vaisseaux spléniques furent liés avec des fils de soie, chacun en particulier, puis tous en masse. La veine splénique, plus grosse que le doigt et qui était prise dans une pince de Péan, se déchire sous le poids de la rate ou de la traction exagérée de l'aide et donne un écoulement de sang abondant. Heureusement il est facile de repincer le vaisseau et de le ligaturer. — Réduction du pédicule, toilette de la cavité péritonéale.

Rate. — 3,760 gr., sans le sang qui s'en était écoulé ; elle ne présentait au microscope que de l'hyperplasie.

Dans les jours suivants, élévation de la température à 39° et même 40° et 41°.
— A partir du 14, la température redevient normale.

Le 22 octobre, la malade se lève ; le 7 novembre, elle sort guérie.

La malade, revue 4 ans après, se porte bien et ne souffre pas. Six mois après l'opération elle avait eu une métrorrhagie.

OBS. 141. — *Hypertrophie malarique de la rate. Splénectomie. Guérison.* (MEEROVITCH [Majerovitch]. *Idem* ; obs. II. — In OLGIATI, obs. 19. — *Bul. méd.*, 1893, p. 824).

H. K..., 26 ans, entrée à l'hôpital le 7 janvier 1886, présentant une fièvre élevée et des vomissements continus. Constipation opiniâtre. Ventre très gros, rate très hypertrophiée. Météorisme.

La malade se trouve dans cet état depuis un mois et demi. Elle souffre depuis 6 ans, époque à laquelle, pour la première fois, elle fut atteinte de fièvre. Depuis ce moment, elle a de l'hypertrophie splénique et est très malade. Chaque accès de fièvre s'accompagne presque toujours de vomissements. — Très affaiblie, anémique, la malade n'a pas eu ses règles depuis 2 ans.

Du 7 janvier au 17 février, elle eut des accès de fièvre palustre à type très irrégulier, accompagnés souvent de vomissements fécaloïdes et fétides, si bien qu'il fallait admettre une imperméabilité momentanée de l'intestin comprimé par la rate considérablement augmentée par l'accès paludéen. Traitement médical : Quinine à hautes doses (15 gr. par jour), arsenic, salicylate de soude.

Du 17 février au 17 mars, température normale ; la faradisation ne donne aucun résultat. Malgré une amélioration dans l'état général, la malade, dans le besoin de travailler, réclame une intervention.

Examen du sang. — Rien d'anormal.

OPÉRATION (17 mars). — Incision médiane de 19 centimètres. Adhérences plus nombreuses que dans le cas précédent, faciles à rompre avec les doigts ; les adhérences phréno-spléniques étaient assez solides.

Rate. — 2,650 gr. Au niveau de l'attache avec le diaphragme, plaque de calcification. A la coupe, parenchyme plus dense qu'à l'état normal.

Du 19 au 30 mars, la température resta au-dessous de 38°, mais un peu au-dessus de la normale.

A partir du 30 mars, la température s'élevait le soir jusqu'à 39° et au delà. La malade prit de la quinine. Depuis le 3 avril, jusqu'au 12, la température fut normale. Du 12 avril au 10 mai, elle remonta pour baisser sous l'influence de la quinine.

Du 10 mai au 19 juin, jour de sortie, plus d'accès de fièvre palustre.

La malade est revue 4 ans après. Elle a eu plusieurs fois des accès de paludisme et deux fois de fortes épistaxis.

OBS. 142. — *Splénomégalie malarique ; leucémie. Splénectomie. Guérison.* (RUGGI. 8^e Congrès de la Soc. italienne de chir., Rome, octobre 1891. — *Riforma medica*, 1891, t. IV, p. 488. — In OLGATI, obs. 16.)

Louise G..., 23 ans. Depuis l'enfance, fièvres paludéennes jusqu'à l'âge de 16 ans, car à ce moment elle quitte la contrée marécageuse où elle habitait. Le ventre reste tuméfié, douloureux surtout à gauche. Quelques jours après un avortement de 4 mois, fait au début de 1889, elle est prise de douleurs abdominales intenses. Le médecin reconnaît une rate hypertrophiée. Persistance des douleurs qui rendent la marche impossible. Diarrhée, bronchite, convulsions hystéroides.

En juillet 1890 entre à l'hôpital de Bologne pour une tumeur de la rate ; anémie profonde ; rapport des globules blancs aux rouges : 1/10 à 1/12. Opération remise. Traitement interne.

Rentre à l'hôpital le 17 octobre suivant. Elle demande à être débarrassée de la tumeur dont le volume et le tiraillement sur le diaphragme lui occasionnent de vives souffrances.

Examen. — Tuméfaction générale de l'abdomen.

A la palpation, on sent une tumeur dont l'extrémité supérieure est à deux doigts au-dessus du nombril, et l'inférieure descend à un doigt du pubis ; sur la ligne parasternale gauche elle s'étend d'un point situé à 3 centimètres du rebord costal jusqu'au pli inguinal. Partant par son extrémité libre de la ligne parasternale droite, cette masse s'enfonçait en arrière et à gauche dans l'hypocondre correspondant. Les mouvements imprimés de bas en haut ne se communiquent pas à l'utérus et aux annexes. Le contraire arrive pour les mouvements en sens inverse.

Foie, reins, rien d'anormal. Persistance de la bronchite antérieure. Point d'ascite. — Dénutrition. Anémie extrême.

Diagnostic. — Splénite chronique hypertrophique, consécutive à une fièvre malarique.

Opération, matin 9 novembre 1890. Incision droite sous le rebord costal dirigée obliquement, allant du prolongement de la ligne axillaire jusqu'à la ligne médiane. Plus étendue superficiellement que dans les couches profondes, elle partait du bord inférieur de la dixième côte pour rejoindre la ligne blanche à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. La tumeur fut extraite de la cavité

et après avoir découvert le tronc de l'artère splénique derrière la queue du pancréas, on la lia à la soie. Puis on comprima la tumeur pour faire rentrer dans la circulation le sang qu'elle contenait. Extirpation de la rate après ligature préalable du ligament gastro-splénique. Suture et réduction du pédicule.

Rate. — 1 kil. 250. D. long. 24 centimètres ; transv. 12 cent. ; épais. 7 cent.

Suites. Terminaison. — En dehors d'une élévation de température le lendemain de l'opération, due à la bronchite, rien de particulier. — Réunion par première intention. — La malade quitte l'hôpital le 21 décembre 1890.

L'auteur présente une photographie de la malade, enceinte de 5 mois, en bonne santé. Accouchement le 19 novembre dernier.

L'auteur insiste sur la valeur de son incision faite pour aborder plus facilement le pédicule et l'artère splénique à son origine avant sa division.

OBS. 143. — *Splénectomie pour rate mobile, hypertrophie malarique.* (A. TURRETTA. 8^e réunion de la Soc. italienne de chir., Rome, octobre 1891. — *Rif. med.*, 1891, t. IV, p. 490. — In LIEFFRING, obs. 27.)

M^{me} P. C..., 26 ans. A eu des fièvres avec accès. A 23 ans, fausse couche à la suite d'un effort. Depuis cette époque, douleurs dans le bas-ventre, à gauche, spécialement pendant la station debout ; irradiation dans le côté gauche du thorax. Fréquemment, vomissements et palpitations. Aggravation des troubles après une attaque d'influenza en décembre 1880.

État actuel. — Femme maigre, peau terreuse. Entre l'ombilic et le pubis tumeur aplatie, allongée transversalement, présentant une surface convexe, lisse et élastique ; bords arrondis et lisses, l'inférieur présente une sorte de sillon.

Pendant le décubitus dorsal la tumeur occupe l'hypogastre qu'elle déborde un peu à gauche ; mobilisable en bas et à droite, mais reprend aussitôt sa position première. On la déplace facilement dans l'hypochondre gauche. Mouvements de rotation sur son axe antéro-postérieur possibles. Elle a les caractères d'une rate hypertrophiée. — Corps thyroïde et ganglions sains.

Examen du sang. — Négatif.

LAPAROTOMIE, 19 juillet 1890. — Incision médiane sus et sous-ombilicale (10 centimètres). Rate facilement amenée au dehors. Pédicule plus court qu'on ne l'aurait supposé (7 centimètres). L'estomac et le pancréas suivaient donc la rate dans sa chute. Ligature du pédicule à la soie, après l'avoir divisé en 5 parties.

Guérison, malgré le développement au niveau du pédicule d'un noyau inflammatoire qui persista deux mois, s'accompagnant de poussées fébriles et d'un état général inquiétant. — En août 1891 (un an après l'opération) santé parfaite ; corps thyroïde et ganglions non hypertrophiés.

Examen du sang :

18 juillet	G. R. = 4.700.000
	G. B. = 23.000

20 juillet	R. = 4.200.000
	B. = 26.000
29 —	R. = 3.830.000
	B. = 28.000
10 août	R. = 4.000.000
	B. = 29.000
5 septembre	R. = 3.500.000
	B. = 28.000
20 —	R. = 4.300.000
	B. = 26.000
3 octobre	R. = 4.800.000
	B. = 23.000

Rate. — Poids (privée de sang) : 645 gr. ; long., 17 cent. ; larg., 9 ; épais., 4,5. — Hyperplasie malarique (examen histologique).

OBS. 144. — *Splénectomie pour rate paludique et mobile. Guérison* (V. MAS-SOPUST. *Clinica chir.*, Milano, 30 avril 1893, p. 117; obs. 1. — OLGATI, obs. 31.). Opér. : ESCHER.

Anna A... A souvent souffert de la fièvre palustre. Tumeur abdominale mobile s'abaissant toutes les fois qu'elle se courbait vers la terre. Ce phénomène d'abaissement de la rate, joint à une douleur sourde de quelques heures de durée, est devenu plus fréquent que jamais ces derniers mois ; un mouvement brusque suffit pour produire cette sensation pénible qui ne survenait autrefois qu'au moment des travaux fatigants. En juin 1890, la sensation vague d'un corps sous l'arc costal gauche se fait nettement sentir dans l'hypochondre, et en même temps se produisent des troubles gastriques, de l'anorexie, des nausées.

La malade fatiguée de ces troubles, qui, malgré le repos, tendent à augmenter, entre à l'hôpital. Le 9 mars, elle se présente dans l'état suivant : Jeune fille anémique, teint terreux, squelette bien développé, belle musculature, amaigrissement. Dans l'hypochondre gauche, tumeur lisse, de consistance molle, mesurant 22 centimètres sur 12. Mate, douloureuse à la pression, elle peut être déplacée dans tous les sens. Le reste de l'abdomen est tympanique, moins la matité du foie qui ne dépasse pas l'arc costal droit. Urines normales. — Pas d'augmentation des globules blancs du sang.

Diagnostic : Tumeur malarique de la rate en ectopie.

Opération, 14 mars 1891. — Laparotomie médiane, extraction de la tumeur qui se présente recouverte d'épiploon qu'on écarte. L'exploration montre que le pôle supérieur de la tumeur se termine par une extrémité effilée, qui adhère solidement à la grande courbure de l'estomac. Le pédicule qui renferme les vaisseaux spléniques est si long qu'on peut l'extraire de la cavité et le lier facilement. Ligature en plusieurs faisceaux du ligament gastro-splénique, ligature préalable de l'artère et de la veine liénale, ligature séparée de tous les vaisseaux de quelque importance. On essaye en vain de détacher le pôle supérieur de la rate de l'estomac, auquel il adhère intimement ; on place une liga-

ture entre l'estomac et la rate qu'on enlève, en laissant un fragment de substance splénique de la grosseur d'une noisette au niveau de la ligature, dont les bords s'affrontent parfaitement, de sorte que la surface cruentée disparaît.

Suites. — Excellentes. Le 3 mars 1893, l'état de la malade était des plus satisfaisants.

OBS. 145. — *Splénectomie pour rate paludique mobile.* (V. MASSOPUST. *Clinica chir.*, Milano, 30 avril 1893, p. 117 ; obs. 2. — In OLGIATI, obs. 32.)

Femme ayant toujours vécu dans des conditions très misérables. A 13 ans, des accès de fièvre palustre l'obligent à entrer à l'hôpital de Pola. A 17 ans, scorbut.

Mariée en 1883, deux accouchements normaux en 1884 et en 1889. Aussitôt après le premier accouchement, elle s'aperçoit de l'existence d'une tumeur splénique ectopique, qui, bien qu'elle n'eût pas le volume actuel, l'inquiétait parce qu'elle était mobile et sensible sous l'arc costal gauche. Depuis le second accouchement en 1889, elle a eu pendant quelques mois à souffrir de la malaria. La tumeur liénale se développe lentement mais sensiblement. Pas de troubles, sensations pénibles d'un corps lourd et mobile. La malade demande à en être délivrée parce qu'elle ne peut vaquer, comme elle le devrait, aux soins domestiques.

En septembre 1891, la malade est dans l'état suivant : musculature robuste, muqueuses pâles, signes légers de scorbut. — Abdomen très saillant du côté gauche. Utérus et annexes normaux. La saillie abdominale gauche correspond à une tumeur lisse, solide, de consistance uniformément élastique, mobile en tous sens, mesurant verticalement 20 centimètres, transversalement 30 centimètres. A cette tumeur correspond une matité absolue qui commence sur la ligne axillaire, au niveau de la cinquième côte, et descend obliquement le long de l'arc costal gauche pour s'arrêter à cinq doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Matité dans la région hypogastrique, mèsogastrique et dans la région épigastrique gauche. — Urines normales. Pas d'augmentation des leucocytes.

Diagnostic. — Tumeur liénale malarique en ectopie.

Opération, 31 septembre. — Laparotomie médiane. Extraction manuelle de la tumeur. Pendant que l'aide la soutient, je cherche à développer en éventail le ligament gastro-splénique dans sa largeur ; j'y réussis, et j'étreins dans deux fortes pinces le pédicule au voisinage du hile. Isolement et ligature de l'artère et de la veine liénale. Ligature en faisceaux du pédicule à l'aide d'une aiguille de Deschamps. Section des adhérences. Extirpation de la tumeur qui pèse 2,880 gr.

Pas d'incidents pendant la convalescence. La malade sort de l'hôpital le vingt-deuxième jour. — Quelques mois après, elle entre à l'hôpital de Pola pour fièvre palustre. Elle accuse une douleur dans la région splénique. En l'examinant quatre-vingt-dix jours après l'opération on constate ceci. Sous l'axe costal gauche, tumeur solide et dure, mobile, du volume du poing, qui

correspond au rein gauche déplacé et gros. — La fièvre cède à la quinine. La malade sort en excellente santé quarante-deux jours après. — En mars 1895, sa santé était parfaite.

OBS. 146. — *Rate mobile, malarique. Splénectomie, Guérison.* (GUIDO TIZZONI. — *Bolletino della scienze mediche della Soc. med. chir. di Bologna*, 26 avril 1891. — In OLGIATI, obs. 21.)

G. Tizzoni rapporte un cas de splénectomie pour rate mobile hypertrophique, suivie de guérison. Il étudie les modifications survenues dans le sang et les organes à la suite de l'ablation de la rate et enfin le déclin de la fièvre, les altérations du sang spécifiques de la malaria qu'on put observer pendant les accès de fièvre malarique dont la malade eut encore à souffrir depuis l'extirpation de la rate.

OBS. 147. — *Rate mobile hypertrophique, malaria. Splénectomie. Guérison.* (MONTENOVESI. 8^e Congrès de la Soc. ital. de chir., Rome, octobre 1891. — *Rif. med.*, 1891, t. IV, p. 511. — In LIEFFRING, obs. 30.)

Femme de 22 ans. Fièvres intermittentes depuis l'âge de 10 ans. — Elle entre à l'hôpital le 15 août, se plaignant de lourdeur et de douleur constante un peu au-dessous de l'hypochondre gauche. Douleur dans l'épaule gauche.

Après chloroformisation on constate : 1^o disparition de la matité splénique ; 2^o tumeur qui s'étend depuis la onzième côte jusqu'à 4 centimètre de l'épine iliaque antéro-supérieure. En avant elle se dirige obliquement en bas, dépassant la ligature médiane.

Diagnostic. — Rate mobile hypertrophique avec malaria.

Splénectomie. — Le dixième jour, ablation des sutures. Le douzième, la plaie se rouvre après une attaque violente de toux, issue de l'épiploon. On refait une suture. Guérison.

Examen du sang. — Avant l'opération, G. B. en abondance sans plasmodies. Depuis l'opération, amélioration notable dans la composition du sang.

OBS. 148. — *Extirpation de la rate et d'une portion du pancréas pour hypertrophie malarienne. Guérison.* (PAOLO POSTEMPSKI. *Bullet. della reale Accademia di Roma*, 1891-92, XVIII, avril, p. 534.)

De C. L..., 38 ans. A eu des fièvres intermittentes avec douleurs spléniques. Énorme tumeur abdominale, située à gauche, à face antérieure lisse et convexe, à face postérieure concave, à bord antérieur bien net, de consistance durélastique, indolore spontanément et à la pression, très mobile. Matité à son niveau. — Anémie. Pâleur des ligaments. Pas de leucémie ; 3.000.000 de G. R.

Opération, mars. — Incision médiane. La tumeur est adhérente au ligament large et à une anse intestinale par sa face concave ; on détache ces adhérences, Ligatures en masse et séparées sur le pédicule qui est énorme et qu'on fixe à la paroi. Tamponnement de la cavité laissée par l'ablation de la rate.

Examen de la rate. — Capsule épaissie. Le pédicule renferme une partie du pancréas. Examen histologique : hypertrophie splénique paludique.

Suites. — L'opération a été bien supportée. Les urines de la première journée (1.000 gr.) renferment un peu d'albumine. — 22 mars : G. R. 2.400.000. Le 27 : Réunion *per primam*. — Le 28 : T. 38°. Un peu de suppuration provenant de la cavité tamponnée. — La malade se lève le dix-septième jour. — 15 avril : T. 40°, avec sueurs. Deux accès.

Examen du sang. — Négatif. La fièvre cesse complètement après une injection hypodermique de quinine : — Le 28 : Sort en excellent état. Sang : G. R. 3.200.000.

OBS. 149. — *Splénectomie pour rate malarique hypertrophique mobile. Guérison.* (CARLO GANGITANO. *Riforma med.*, 3 août 1893, III, p. 327. — In LIEFFRING, obs. 35.)

Femme, 36 ans. Fièvre pernicieuse persistante en 1891. Quelques mois après la malade s'aperçoit d'une tumeur abdominale assez volumineuse dure et mobile, accompagnée de douleurs toujours croissantes. Pesanteur dans le bas-ventre. Travail presque impossible.

Mauvais état général. Amaigrissement. Teinte terreuse. Petites taches hémorragiques aux avant-bras et aux jambes. — Tuméfaction générale du ventre. Tumeur dure, oblongue à limite inférieure dans le petit bassin et à limite supérieure, rejoignant le niveau de la crête iliaque droite; à bord tranchant tourné à gauche, avec échancrure médiane; donnant l'idée d'un rein très gros. Utérus un peu descendu et adossé à la partie postérieure de la tumeur, mobile pourtant et indépendant de celle-ci. La tumeur peut être circonscrite au niveau de son pôle inférieur. Elle est très mobile. Matité à son niveau.

Diagnostic. — Rate mobile, hypertrophiée.

Opération, 1^{er} août 1892. — Incision médiane, ombilico-pubienne. Épiploon légèrement congestionné, recouvrant la tumeur. On réussit à sortir de l'abdomen le pôle inférieur de la tumeur. Une aiguille est passée à travers le pédicule; ligature de l'artère, puis de la veine; vaisseaux trois fois plus gros que normalement. Section du pédicule et cautérisation avec la solution phéniquée à 7/100.

Tumeur, privée de sang, pèse 1,050 gr.

Suites. — Normales. Pas de fièvre. Pouls 80 à 90. — Le 2 août, légère bronchite qui disparaît rapidement. — Le 3 août, accès de fièvre pernicieuse. — Réunion de la plaie *per primam*. — La malade se lève le douzième jour. — Accouchement onze mois après l'opération; enfant bien portant.

OBS. 150. — *Rate malarique hypertrophiée, mobile. Splénectomie. Guérison.* (E. TRICOMI, de Padoue. *Rif. med.*, 1892, t. II, p. 832; obs. II. — *Congrès intern. des sciences méd.*, Rome, 1894; obs. I. — In VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 510; obs 8.)

Teresa I., âgée de 26 ans. A 12 ans elle fit une chute et souffrit de l'hypo-

chondre gauche. Malaria. — La malade ne peut dire à quelle époque remonte l'apparition de la tuméfaction de la région splénique ; depuis plusieurs mois cette tuméfaction est douloureuse.

Actuellement on trouve dans l'abdomen une tumeur mobile, régulière, con-vexe, de consistance uniforme, *duro-élastique*, descendant jusqu'à quatre travers de doigt de l'arcade de Fallope gauche et s'enfonçant sous les fausses côtes gauches, atteignant presque la ligne médiane, suivant les mouvements respiratoires. Matité à son niveau. L'utérus et les annexes sont absolument indépendants de la tumeur.

Examen du sang : Un G. B. pour 350 G. R. Hémoglobine 83,5.

On porte le diagnostic de rate hypertrophiée, paludique et mobile ; la mobilité datant probablement du traumatisme accusé à l'âge de 12 ans. En raison de l'aggravation des douleurs de l'augmentation de volume de la tumeur, de la perte de l'appétit, on décide l'opération.

SPLÉNECTOMIE, 20 décembre 1891. — Incision le long du bord externe du muscle droit, du côté gauche. Gros vaisseaux dans le pédicule.

Légère hémorrhagie. — Durée de l'opération : Une heure et quart.

Rate. — Poids : 968 gr. avec le sang contenu. — Longueur, 29 centim. largeur, 12 centim. 8 ; épaisseur, 5 centim. 5.

Suites. — Normales ; mais accès de fièvre intermittente.

Guérison. — L'examen du sang, fait quelques jours après l'opération, ne révèle rien d'anormal.

Pas d'hypertrophie ganglionnaire, ni thyroïdienne.

Deux ans après, santé excellente.

OBS. 151. — *Splénectomie pour rate paludéenne. Guérison.* (POSTEMPSKI. *R. Accad. med. di Roma*, 28 janvier 1894, I, p. 380. — In OLGATI, obs. 27)

Euphrasie Z..., 18 ans. Depuis l'enfance infection malarique bénigne ; la malade ne fut jamais obligée de s'aliter. Depuis un an et demi elle remarqua une tumeur dans l'hypochondre gauche qui ne lui causa d'abord que peu d'inconvénients. Cette tumeur augmenta progressivement de volume.

Aspect maladif ; facies cachectique malarique. Abdomen plus volumineux à gauche qu'à droite. Grosse tumeur qui de l'hypochondre gauche s'étend à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne ; assez mobile ; bords faciles à percevoir au palper. — Sang : absence d'hématozoaires et de pigment malarique. Nombre des globules rouges 3.733.200. Hémoglobine donne par jour 7,17 p. 100.

Opération, 30 octobre. — Laparotomie médiane. Légères adhérences de la tumeur à la paroi. Gros pédicule qui entraîne en bas la queue du pancréas. Ligature en masse et séparée des vaisseaux. Le pédicule est fixé au péritoine pariétal pour prévenir l'éventualité d'une hémorrhagie post-opératoire. Aucun fait important ni pendant ni après l'opération.

Un point seulement de suppuration au niveau d'un fil profond.

<i>Examen du sang.</i> — Au 5 ^e jour: G.R.	3.712.600
9 ^e	3.872.000
14 ^e	3.864.000
25 ^e	4.032.000
52 ^e	5.760.000

Hémoglobine par jour : 10,7 p. 100.

Rate. — Longueur, 30 centim. ; largeur, 15 centim. ; poids, 2,000 gr.

OBS. 152. — (PAINE, de Galveston (Texas). *Texas med. Ass.*, 1893, XXV, 286. — *Kansas City medical index*, août 1893. — *Amer. Journ. surg. and gynec.*, 1892-3, 240. — *Annual of Sajous*, 1894, vol. III, c. LVIII. — OLGIATI, obs. 25.)

Hypertrophie splénique due à une ancienne intoxication malarique chez une femme de 25 ans. Splénectomie ; adhérences nombreuses et vasculaires, surtout avec le côlon transverse ; transfixion et ligature du pédicule, puis ligature séparée de chacun de ses vaisseaux. Guérison.

OBS. 153. — *Rate flottante, hypertrophiée et douloureuse, paludique. Splénectomie. Guérison.* (LOUIS POISSON. *Gaz. méd. de Nantes*, 12 déc., 1894, n° 2, p. 14. — *Presse méd.*, 1895, p. 7.)

Femme de 23 ans. Mariage en 1861. En 1892, elle habite le Dahomey jusqu'au 12 juillet 1893 et y est prise de plusieurs accès de fièvre paludéenne dont deux très-violents ; traitement intensif au sulfate de quinine.

Quatre mois avant leur retour en France, elle avait commencé à souffrir du ventre, mal sourd qui la forçait à garder le lit ; le décubitus dorsal et l'application de glace la soulageait ; la station debout et surtout la marche exaspéraient ses douleurs ; l'état général se conservait assez bon malgré des vomissements très pénibles consécutifs aux repas. Le ventre avait pris des proportions anormales, et la malade y sentait une tumeur ; elle se croyait enceinte quoique ses règles n'eussent jamais fait défaut. — Du mois d'août 1893 au mois de novembre pas d'amélioration ; la douleur pendant la marche s'accuse de plus en plus ; amaigrissement, anorexie, vomissements fréquents.

Poisson la voit le 1^{er} novembre 1893 : Femme pâle, d'aspect cachectique, aux traits tirés par la souffrance (facies péritonéal). Anorexie, constipation habituelle. Pas d'adénopathies ; pas de leucocythémie. L'exploration du ventre, assez douloureuse, révèle une tumeur volumineuse ferme, et non fluctuante, remontant jusqu'à l'ombilic et se perdant en bas derrière le pubis et les arcades de Fallope. La tumeur est *médiane*, mobile, ne paraît pas plus appartenir au flanc gauche qu'au flanc droit. Le bord droit de la tumeur forme cependant un relief plus accusé que le bord gauche ; c'est un *gros bord mousse, arrondi*. Heurteaux a signalé cette sensation : « Ce bord arrondi, au-dessous duquel les doigts peuvent s'engager, dit-il, pourrait faire soupçonner la nature de la tumeur. » Ici cependant les doigts ne peuvent contourner la tumeur en raison

du ballonnement des anses intestinales. Matité absolue au niveau de la tumeur ; sonorité exagérée dans les hypochondres et la portion sus-ombilicale du ventre. Rien du côté de l'utérus et des culs-de-sac. Rectum, reins sains.

Diagnostic. — Hésitant, mais on ne pense guère à une rate hypertrophiée. On croit plutôt à une péritonite tuberculeuse, un fibrome utérin à pédicule long et mince. Mais l'indication est formelle, il faut opérer.

Opération, 7 novembre 1893. — On reconnaît aussitôt qu'il s'agit de la rate qu'on sort très facilement du ventre, car il n'existe aucune adhérence. Il n'y a plus trace des ligaments normaux de la rate qui est absolument flottante et n'est retenue que par un pédicule long de 20 centimètres et gros comme le petit doigt, ressemblant à un cordon ombilical, qu'on sectionne après ligature.

Rate. — Poids : 1,500 gr. Elle est d'aspect et de consistance normale, sans infarctus, sans déchirures des enveloppes.

Suites opératoires. — Très simples. La malade se lève le quinzième jour et quitte l'hôpital trois semaines après l'opération.

État un an après (renseignements par correspondance) : Amélioration considérable ; encore de petites douleurs lancinantes ; marche facile, mais la fatigue vient encore vite. Corps thyroïde et amygdales non hypertrophiés. Il existe des *glandes autour du cou*. Encore des fièvres intermittentes.

OBS. 154. — *Splénomégalie malarique, rate flottante. Splénectomie. Guérison.* (M^{lle}. LEAN TIFFANY. In DOUGLAS. *Journ. of the American med. Assoc.*, XXVI, 25 avril 1896, p. 807.)

Femme de 45 ans, ayant eu des attaques de paludisme. Depuis sept ou huit ans, elle a remarqué l'existence d'une tumeur abdominale dont l'accroissement s'est fait lentement. Actuellement on trouve dans le côté gauche du ventre une tumeur très mobile dans tous les sens, qui présente les caractères d'une rate hypertrophiée. La malade se plaint de douleurs abdominales et de troubles digestifs. — L'examen du sang montre une notable augmentation du nombre des globules blancs.

SPLÉNECTOMIE, 29 décembre 1893. — Incision sus et sous-ombilicale, un peu à gauche de la ligne blanche. On lie et on sectionne l'épiploon qui est adhérent à la tumeur. Le pédicule de la rate est long. On en lie séparément les vaisseaux. On laisse deux petites rates de la grosseur d'une noix. L'opération s'achève dans de bonnes conditions.

Guérison. Le sang était normal quand la malade quitte l'hôpital.

Examen de la rate. — Poids : 1,100-gr. — Longueur, 25 centimètres ; largeur, 14 centimètres ; épaisseur, 7 centimètres. Consistance dure. Capsule épaissie, opaque en certains points où elle présente des dépôts fibreux. Sur la coupe, coloration rouge sombre, presque noire. Au microscope on trouve les vaisseaux dilatés ; les cavités intertrabéculaires contiennent de nombreux globules rouges et blancs ; infarctus hémorrhagique ; les parois des vaisseaux, les trabécules et la capsule de la rate sont épaissies et infiltrées de petites cellules rondes ; la rate

renferme beaucoup de matière colorante ; le tissu fibreux de l'organe est très développé. — Ces caractères justifient le diagnostic de splénite subaiguë.

OBS. 155. — *Splénomégalie paludique. Splénectomie. Guérison.* (HARKOE. *Trans. of the New-York surg. Society*, 28 février 1894. — *Annals of surgery*, 1894, 20, p. 737. — In OLGIIATI, obs. 23.)

D. B..., sujet russe, 40 ans. Il a présenté en 1891 des accidents d'intoxication palustre aiguë pour lesquels il a été soigné à M^t Sinai Hospital. Depuis il a eu des accès de fièvre intermittente et présenté des signes de paludisme chronique. Pendant les accès, le foie s'est hypertrophié, mais la rate n'a grossi notablement qu'à partir du mois de septembre 1892 ; son développement s'est accompagné d'une douleur constante. — Perte progressive des forces et amaigrissement ; pas de douleurs.

État actuel, 28 octobre 1893. — Thorax normal. Abdomen : gros foie débordant de deux pouces et demi l'arc costal. L'hypertrophie du foie se prolonge du côté gauche où sa limite se perd en raison de la présence de la rate dont on sent le bord tranchant s'étendant de l'extrémité inférieure du sternum verticalement en bas et en arrière en décrivant une courbe convexe qui va vers la gauche, au-dessous de l'ombilic, presque jusqu'au ligament de Poupart. — Pas de développement des ganglions.

La leucémie, et la malaria dans sa période aiguë ayant été exclues, les moyens médicaux n'ayant pas réussi à enrayer le développement de la rate qui menace par gêne mécanique la vie du malade, l'intervention chirurgicale est décidée.

Opération, 1^{er} décembre 1893. — Difficultés considérables provenant de veines superficielles et profondes très dilatées dans l'épaisseur de la paroi abdominale, et de la largeur du pédicule rempli de très grosses veines à parois minces. Longue incision médiane coupée à angle droit par une seconde incision. Ligature en chaîne du pédicule ; de plus, une forte ligature à la soie en comprend la totalité. Pas de drainage.

Bonne réaction consécutive ; mais 24 heures après, congestion et œdème pulmonaire qui menacent gravement pendant quelque temps la vie du malade, mais se terminent heureusement.

Examen du sang. — Avant l'opération : Nombre de G. B. diminué, relations normales dans la proportion des différentes formes de globules blancs ; G. R. normaux en nombre et en structure ; diminution légère de l'hémoglobine. — Un mois après, on constate une amélioration dans l'état des G. R. sous le rapport du nombre, de la couleur et de la résistance. Leucocytose, tandis qu'auparavant les globules blanc étaient au-dessous du nombre normal. Augmentation des cellules éosinophiles qui sont un peu au-dessous du taux normal.

Rate. — Enlevée. Poids : 4 livres. — La coupe de la rate est de consistance ferme, de couleur sombre, abondamment parsemée de points jaune foncé, à bords rouges, de 1 à 3 millimètres de diamètre, de forme arrondie, triangulaire ou irrégulière. Au microscope on reconnaît que ce sont des ilots hémorrhagiques,

dont le centre est constitué par du tissu connectif avec plusieurs grosses cellules étoilées et quelques masses hyalines irrégulières, qui sont évidemment des globules sanguins altérés. Dans le reste du tissu se trouvent des veines cancéreuses distendues et des trabécules épaissies: on trouve l'aspect d'une congestion chronique.

Bien qu'on n'ait jamais rencontré d'organismes de la malaria dans le sang, il paraît probable que l'hypertrophie de la rate relevait de l'intoxication palustre.

OBS. 156. — *Splénectomie pour rate paludéenne. Guérison.* (A. CECI. *Il Policlinico*, Rome, 15 août 1894, fasc. 9, 403; obs. I. — In OLGIATI. Obs. 30.)

V. G..., 16 ans. A 7 ans, fièvre intermittente, quotidienne. Le ventre commence alors à grossir, surtout dans le quart supérieur gauche. En même temps se déclarent des douleurs intenses irradiant de l'hypochondre gauche à l'ombilic. Les douleurs diminuent, la malade prend un teint jaune terreux, les muqueuses sont très pâles. La fièvre ne l'abandonne plus malgré des rémissions de quelques jours ou de quelques semaines. Les accès sont précédés d'épistaxis abondantes.

Pendant les quatre mois de son séjour à Gènes, son état général semble s'améliorer un peu. En revanche, le ventre continue à augmenter et la sensation de poids et de tiraillement dans l'hypochondre gauche et dans les lombes persiste. Au dire de la malade, le traitement par le fer, les arsenicaux, les sels de quinine ont produit plus de mal que de bien.

Dans les périodes d'apyrexie, la malade est bien portante et son appétit est assez bon. Elle se plaint presque continuellement d'une tumeur abdominale qui rend pénible la marche et tout effort musculaire. Toutes les fois qu'elle subit une fatigue notable, elle éprouve des douleurs très vives dans l'hypochondre gauche, de la dyspnée, une sensation d'essoufflement qui peut se terminer par des évanouissements; elle est obligée de passer la majeure partie de ses journées au lit. — Elle demande avec instance qu'on la débarrasse de sa tumeur.

Peau terreuse. Muqueuses pâles, glandes lymphatiques légèrement tuméfiées. — L'abdomen est extrêmement volumineux, peau tendue et luisante, veines peu apparentes, cicatrice ombilicale saillante. — A la palpation, on trouve une tumeur dure, un peu bosselée, semi-lunaire, avec un bord antéro-supérieur aigu, présentant des incisures, semblable à la rate agrandie et placée obliquement. Le grand diamètre de 32 centimètres, dirigé en bas et à droite, l'autre, normal au précédent, mesurant 17 centimètres. La tumeur qui suit les mouvements du diaphragme occupe tout le quart supérieur gauche de l'abdomen, et une partie du quart inférieur gauche, et envahit une partie du quart inférieur droit. On peut la mobiliser. En la déplaçant à gauche, on lui fait occuper toute la moitié correspondante de l'abdomen. On peut la repousser en haut de manière à lui faire occuper de même les quarts supérieurs en laissant libre la moitié inférieure. Les mouvements imprimés à la tumeur réveillent de vives

douleurs. — La percussion révèle une vaste zone de matité, dont les limites sont modifiées par les mouvements de la malade.

Examen du sang, 27 avril. — G. R. 4.200.000

G. B. 12.120 c'est-à-dire : 1 G. B. : 346 G. R.

L'hématomètre de Fleischl donne 65.

Urine normale.

La malade a été soumise, pendant son séjour à la Clinique, à la liqueur de Fowler, au bisulfate de quinine, et à un régime reconstituant. Le sang ne se modifie pas. La tumeur ne diminue pas. Elle occasionne par sa présence des troubles continuels, et parfois des accès douloureux allant jusqu'à la lipothymie.

Opération, 30 mai 1893. — Incision médiane de 21 centimètres, allant de 6 centimètres de l'appendice xiphoïde à 6 centimètres de la symphyse. J'extrait la tumeur de l'abdomen. Dans sa partie supérieure, la rate est en contact étendu avec le grand cul-de-sac de l'estomac par le ligament gastro-splénique. La mobilité de la rate était plus apparente que réelle et provenait de ce que le segment gauche de l'estomac était entraîné avec elle. Après avoir soulevé le bord antérieur de la rate, je cherche à isoler l'artère pour la lier séparément ; au cours de cette manœuvre se produit une hémorrhagie veineuse, importante, qui me décide à pratiquer la ligature en masse du pédicule. — Pour éviter de léser l'estomac, je place dans la partie supérieure une série de pinces languettes en pleine substance splénique. Section du pédicule en dehors des pinces, dans le tissu liénal. Pendant que je me prépare à substituer aux instruments constricteurs une ligature fractionnée, dans une profonde expiration le bord gauche de l'estomac et les languettes rentrent dans la cavité abdominale, les manches des pinces restant seuls à l'extérieur. Toute traction pouvant causer des hémorrhagies, je fais, à 7 centimètres de l'arc costal, une incision de 11 centimètres allant rejoindre la première. Pour mieux voir la région, je pratique l'éventration complète, et je maintiens à droite tout le paquet intestinal. Je pose alors des ligatures fractionnées sans perdre une goutte de sang. — Foie normal. — Durée de l'opération : 2 heures. — Perte de sang minime.

Examen de la rate. — Poids : 1.800 gr. Capsule hypertrophiée, parsemée d'épaississements fibreux. Pulpes rouge brun, assez consistante, sillonnée de nombreuses travées fibreuses. — A un faible grossissement, on voit sous la capsule fortement épaissie de nombreux extravasats ; corpuscules de Malpighi quelque peu agrandis ; coupes de gros vaisseaux sanguins et de sinus veineux relativement rares.

A un grossissement plus fort, les travées conjonctives montrent de nombreuses cellules endothéliales et fusiformes ; et donnent des cloisons qui se perdent dans le réticulum. — A un fort grossissement, le réticulum se montre épaissi, traversé de faisceaux conjonctifs avec de nombreux fibroblastes et plusieurs cellules endothéliales à grand noyau ovale. Nombreuses cellules conjonctives. Dans l'intérieur des vaisseaux, beaucoup de leucocytes polynucléées. Corpuscules de Malpighi bourrés de cellules plus petites, régulièrement arrondies,

à gros noyaux ; leur réticulum est très fin. — Pas de réaction amyloïde. — Pas de microbes.

Suites. — Vomissements pendant deux jours. Le 3^e jour : T. 38°,7, dyspnée. — Pendant 4 jours, T. 39°. Pleuro-pneumonie gauche. — Le 11^e jour, température normale. — La malade reprend des couleurs et des forces. — En automne 1893, état général excellent. Examen du sang à cette époque : G. R. 3.875.000 ; G. B. 11.000 ; hématimétrie 75.

OBS. 157. — (E. TRICOMI. *Congrès intern. des sc. méd.*, Rome, 1894. — *Mercredi méd.*, 1894, 232. In T. VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 509 ; obs. 6) (1).

L. P..., 49 ans. Rate hypertrophiée et en ectopie, paludique, située dans la moitié droite du ventre.

SPLÉNECTOMIE, 12 août 1893. — Incision médiane sus-ombilicale. Adhérences pariétales. Fragmentation du pédicule en six portions. — Durée : 1 h. 10. — Poids de la rate : avec le sang, 470 gr. ; sans le sang, 430 gr. — Suites normales. Guérison. Pas d'hypertrophie ganglionnaire, ni thyroïdienne.

Sang. — Avant l'opér. : Un G. B. pour 380 G. R.

Hémoglobine, 80 à 82.

Après l'opér. : Un G. B. pour 350 G. R.

Hémoglobine, 80 à 82.

OBS. 158. — (E. TRICOMI. *Congrès intern. des sc. méd.*, Rome, 1894. — *Mercredi méd.*, 1894, 233. — In T. VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 509 ; obs. 7.)

C. B..., 29 ans. — Hypertrophie malarique de la rate. — Splénectomie (25 septembre 1893) : Incision médiane sus-ombilicale, puis transversale à travers le muscle droit. Fragmentation du pédicule en trois portions (soie). Durée : 45 minutes. — Poids de la rate : avec le sang, 975 gr. ; sans le sang, 725 gr. — Suites simples. Guérison. Pas d'hypertrophie ganglionnaire, ni thyroïdienne.

Sang. — Avant l'opér. : Un G. B. pour 360 à 390 G. R.

Hémoglobine, 75 à 80.

Après l'opér. : Un G. B. pour 375 à 400 G. R.

Hémoglobine, 80 à 90.

Mort de broncho-pneumonie en décembre 1893.

OBS. 159. — (E. TRICOMI. *Congrès intern. des sc. méd.*, Rome, 1894. — *Mercredi méd.*, 1894, 232. — In T. VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 509 ; obs. 8.)

M. B..., 26 ans. — Hypertrophie malarique de la rate.

SPLÉNECTOMIE, 20 janvier 1894. — Incision de 17 centim. sous le rebord costal gauche. Fragmentation du pédicule en 3 portions. Durée : 40 minutes.

(1) Tricomi et Valeggia rangent cette observation dans la catégorie des rates ectopiques.

— Poids de la rate : avec le sang, 770 gr. ; sans le sang, 725 gr. — Guérison.
— Trois ans après, la santé est excellente. — Pas d'hypertrophie ganglionnaire, ni thyroïdienne.

Sang. — Avant l'opér. : Un G. B. pour 470 à 495 G. R.

Hémoglobine, 82,5 à 84,6.

Après l'opér. : Un G. B. pour 400 G. R.

Hémoglobine, 80,6 à 82.

OBS. 160. — *Splénectomie pour une énorme rate paludéenne et mobile. Guérison.* (GAGLIARI. *Riforma medica*, 1894, I, p. 584. — In OLGIIATI, obs. 26.) Opér. : TROPAL.

Femme de 53 ans. Ménopause depuis dix ans. Huit grossesses. Pas de maladie digne d'être notée. Elle a commencé à souffrir de la fièvre intermittente depuis le mois d'août dernier. En septembre suivant, elle s'aperçoit d'une tumeur accompagnée de douleurs dans le côté gauche, l'abdomen qui va toujours en augmentant. Aucun trouble du côté de l'appareil digestif. En octobre, œdème des membres inférieurs et de la vulve, qui disparaît par le repos. Elle a pris plusieurs préparations de quinquina. La malade assure que du moment où elle a commencé à souffrir de la maladie actuelle, elle est tombée dans un état de déchéance nutritive. — Depuis les dix jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, aucun accès fébrile.

Etat général. — Affaiblissement; la malade paraît avoir plus de 53 ans. Abdomen très tuméfié, pas d'asymétrie. Ligne xipho-pubienne, 41 centimètres; xipho-ombilicale, 18 centimètres; circonférence ombilicale, 96 centimètres. Développement des veines presque imperceptible. A la palpation on sent immédiatement sous la paroi abdominale une tumeur occupant presque toute la cavité de l'abdomen, dure, à surface lisse, mais inégale, on peut lui imprimer des mouvements de ballonnement.

Limites : en haut elle arrive jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, en bas jusqu'à la symphyse pubienne, à droite à peu près de deux doigts en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, à gauche de la ligne axillaire médiane prolongée. La tumeur est mobile et peut facilement se déplacer de droite à gauche jusque sous le rebord costal gauche. — On perçoit clairement la présence d'un liquide libre dans la cavité abdominale. La percussion confirme les données de la palpation. En faisant coucher la malade sur le côté gauche, la tumeur se porte notablement du côté gauche, et même tombe complètement de ce côté. — Foie normal. Organes génitaux sains. —

Examen du sang négatif pour ce qui est des plasmodies. Le rapport des globules blancs aux rouges est presque normal, la quantité d'hémoglobine un peu diminuée.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade n'a pas présenté d'élévation de température.

Diagnostic : tumeur de la rate par infection malarique, avec déplacement.

Opération, janvier 1894. — Incision le long de la ligne blanche abdominale,

de 4 centimètres au-dessous de l'appendice xiphoïde, à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Le péritoine ouvert, la tumeur se montre aussitôt. Écoulement d'une petite quantité de liquide séreux. Aucune adhérence de la tumeur au péritoine pariétal ; on réussit facilement à l'extraire totalement de la cavité abdominale. Des vaisseaux très gros et très gonflés pénétrant par le hile de la rate constituent le pédicule de la tumeur. On procède avec soin à leur ligature, on les prend entre deux pinces et on les lie séparément avec une aiguille de Deschamps passée dans leur extrémité centrale, on la sectionne au thermo-cautère, au milieu des pinces. On lie séparément l'artère splénique. Ensuite, après avoir complètement enlevé la tumeur, on lie en masse tout le pédicule qui est laissé dans la profondeur. Aucun accident n'a troublé l'opération sauf l'échappement d'un bout central d'une veine, rapidement saisie dans une pince de Péan, au moment d'un effort de vomissement inattendu.

Suites opératoires. — Excellentes. La malade se réveille aussitôt, et reste toujours sans fièvre, sauf une légère élévation de température de quelques dixièmes de degré dans les premiers jours de l'opération. Guérison par première intention. — La malade va toujours s'améliorant. Les conditions de santé sont à présent des plus satisfaisantes.

Rate. — Poids : 4.200 gr.

OBS. 161. — *Splénomégalie malarique, cachexie. Splénectomie. Guérison.* P. POSTEMPSKI. *Riforma med.*, 1894, IV, p. 825. — In OL GIATI, obs. 29.)

Jeune homme de 22 ans, souffrant d'une hypertrophie malarique de la rate. La tumeur occupait la région splénique en haut et atteignait en bas la fosse iliaque gauche, dépassant la ligne médiane. Ascite énorme. Cachexie très avancée. Le nombre des globules rouges dépassait de peu 2.000.000.

Opération, pratiquée il y a vingt-cinq jours à l'Ospedali di S. Giacomo, in Roma. — Incision médiane sus et sous-ombilicale. Pendant l'acte opératoire, rupture d'une grosse veine du pédicule. Cet incident fit courir de grands dangers à la vie du malade, mais fut d'un grand secours pour terminer l'opération, en causant une diminution sensible du volume de la rate. La première incision dut être complétée par une seconde à gauche pour combattre l'hémorrhagie.

Pédicule lié en masse et fixé à l'angle externe de l'incision transversale.

Guérison opératoire complète.

OBS. 162. — (TIMOTEO VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 510; obs. 10.) Opér. : E. TRICOMI.

Elisabetta G..., 31 ans. Hypertrophie malarique de la rate.

SPLÉNECTOMIE, 19 mai 1894. — Incision latérale de 19 centim. de longueur. Le pédicule est lié en quatre parties séparées. Durée : 50 minutes.

Rate. — Poids avec le sang : 900 gr. ; sans le sang, 775 gr. — Guérison. En août 1895, la santé est excellente.

Sang. — Avant l'opération : Un G. B. pour 350 G. R.
Hémoglobine 83,5 à 84.

Après l'opération : *Idem.*

OBS. 163. — (T. VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 510; obs. 11.) Opér. : E. TRICOMI.

Filomena C..., 35 ans. Hypertrophie malarique de la rate.

SPLÉNECTOMIE, 21 août. 1894. — Incision latérale. Ligature du pédicule en trois portions. Durée : 1 h. 10.

Rate. — Poids avec le sang : 1.020 gr.; sans le sang, 950 gr. — Guérison. En 1876, santé excellente. La malade est devenue enceinte depuis l'opération et a accouché à terme.

Sang. — Avant l'opération : Un G.B. pour 450 à 500 G. R.

Après l'opération : — 100 à 180 G. R.

OBS. 164. — (T. VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 510; obs. 13.) Opér. : E. TRICOMI.

Antonia M..., 31 ans. Hypertrophie malarique de la rate. — Splénectomie (19 septembre 1895). Laparotomie médiane, sus et sous-ombilicale, longue de 15 centim. Ligature du pédicule en trois portions (soie). Durée : 55 minutes. —

Rate. — Poids sans le sang : 2.700 gr.; avec le sang, 3.700 gr. — Guérison. — En 1896, bonne santé.

Examen du sang. — Dans les jours qui suivent l'opération : Un G. B. pour 250 à 300 G. R.; hémoglobine 65,5 à 73.

OBS. 165. — *Hypertrophie paludique de la rate, rate mobile. Splénectomie. Guérison.* (RICHARD DOUGLAS. *Southern surgical and gynecological Association*, Washington, 13 novembre 1895. — *Medical News*, 14 décembre 1895, p. 670. — *Journ. of the American med. Assoc.*, t. XXVI, 25 avril, p. 803.)

Femme de 33 ans, multipare. A eu des hémorrhagies. Actuellement, aménorrhée. Malaria à l'âge de 12 ans. Depuis trois ans elle a eu de fréquentes attaques de fièvre intermittente paludéenne intermittente.

Le 1^{er} août 1895 elle a ressenti une violente douleur dans le côté gauche, et elle reconnut dans cette région la présence d'une tumeur, qui augmenta ensuite rapidement de volume.

État actuel, 8 octobre 1895. — Dans toute la portion gauche de l'abdomen on trouve une tumeur régulière, élastique, mobile, à limites bien nettes, à bords bien découpés. La forme varie suivant les moments. Matité absolue au niveau de la tumeur. Par le toucher vaginal on sent l'utérus déplacé et le bassin rempli par une tumeur régulière, dure, qui, sous l'influence des changements de position de la malade abandonne le bassin pour aller se placer dans la fosse iliaque gauche. La malade se plaint d'accès douloureux, mais supportables, avec sensation de pesanteur dans le côté gauche, flatulences, nausées, vomissements parfois. Un peu d'amaigrissement et d'anémie. Pas d'œdème, ni d'ascite.

Diagnostic : Hypertrophie paludique de la rate.

SPLÉNECTOMIE, 13 octobre. — Laparotomie le long du bord externe du muscle droit. Rate en ectopie et libre d'adhérences. Ligatures en chaînes du pédicule, puis ligature en masse. Après l'ablation de la rate, une abondante hémorrhagie se produit au niveau des lèvres de l'incision abdominale et nécessite plusieurs ligatures.

Suites. — Pendant les vingt-quatre premières heures l'état général est très satisfaisant : P. 122. T. : 37°₈. Respiration normale. Pas de vomissements. Urines, 270 gr.

Second jour. — Vomissements. P. : 136. T. : 37°₃. R. : 28. Urines, 480 gr. Abdomen non ballonné.

Troisième jour. — Grande faiblesse. Refroidissement des extrémités. P. : 150; T. : 37°₈; R. : 40. Dyspnée. Urines : 60 gr. seulement. Ballonnement sous-ombilical du ventre. La malade se plaint de quelques douleurs dans la région lombaire.

Quatrième jour. — Assoupissement, délire. P. : 120. T. 37°₈; R. : 36. Pas de dyspnée. La malade se plaint de violentes douleurs dans le côté gauche du ventre et du thorax. Quantité d'urine, 360 gr.

Cinquième jour. — Amélioration. Pouls à 92 et fort. Température normale. Respiration encore rapide. Selles abondantes. Quantité d'urine, 900 gr.

Pendant les dix jours suivants les douleurs du côté gauche persistent intenses. Diarrhée et vomissements. Langue rôtie. Amaigrissement rapide. Le tableau clinique ressemble à celui d'une fièvre typhoïde.

Le quatorzième et le quinzième jour, les douleurs diminuent, le ballonnement persiste, les troubles cérébraux disparaissent. — Amélioration rapide.

La malade se lève au bout d'un mois et se trouve beaucoup mieux qu'avant l'opération. — Sept mois après elle était en excellente santé.

Examen du sang, pratiqué par le professeur COPLIN, le 9 octobre 1895 :

G. R.	3.600.000	
G. B.	31.000,	c'est-à-dire 1 pour 123 rouges
Hémoglobine	65 0/0	

Les leucocytes sont presque tous énucléés.

Opération, 13 octobre.

19 octobre...	G. R.	3.000.000	} = 1 G. B. : 500 G. R.
	G. B.	6.000	
	Hémoglobine	60 0/0	

Les globules rouges sont un peu irréguliers. Les leucocytes, dont le nombre a diminué, ont plutôt le type « lymphocyte ».

2 novembre..	G. R.	2.500.000	} = 1 G. B. : 157 G. R.
	G. B.	16.000	
	Hémoglobine	50 0/0	

Les globules rouges sont presque tous réguliers. Les leucocytes sont comme avant l'opération, du grand type polynucléé.

9 novembre..	G. R.	2.640.000	} = 1 G. B. : 147 G. R.
	G. B.	18.000	
	Hémoglobine	50 0/0	

Les globules ont les mêmes caractères qu'à l'examen précédent.

OBS. 166. — *Splénectomie pour rate paludique. Guérison.* (VIGNARD. *Gaz. méd. de Nantes*, 12 février 1896. — OLGIATI, obs. 36.)

Femme de 22 ans. Fièvres intermittentes dans l'enfance. Après un accouchement normal, fait il y a seize mois, aménorrhée pendant quatre mois. Le ventre se mit à grossir, si bien que l'on crut à une nouvelle grossesse. Sensations douloureuses, surtout marquées à droite de l'ombilic. A ce niveau, la malade remarqua bientôt une sorte de boule dure et un peu mobile, soulevant légèrement la paroi du ventre. Affaiblissement progressif. La marche devint impossible. Au bout de trois mois ces phénomènes s'amendèrent, réapparition des règles, appétit meilleur, douleurs moins violentes. — Huit mois après, sans cause appréciable, le ventre grossit encore, et en l'espace de quelques semaines doubla de volume. L'affaiblissement alla s'accroissant ; tout effort prolongé amenait l'essoufflement et une sensation de fatigue extrême ; et bientôt la marche, le travail devinrent tellement pénibles que la malade se vit condamnée à une inaction presque complète.

A ce moment (15 octobre 1895), MM. Vignard et Bureau constatent l'état suivant : Teint jaune pâle, aspect anémique. — Ventre assez volumineux, asymétrique, le côté droit manifestement plus saillant que le gauche. Tumeur occupant la moitié droite de l'abdomen. Cette tumeur remonte en haut presque jusqu'aux fausses côtes. En bas, elle paraît s'enfoncer dans le petit bassin derrière la symphyse ; de plus, dépassant la ligne médiane, elle est sentie jusqu'au-dessus de l'arcade crurale gauche. Elle semble donc avoir une forme allongée, à grand axe obliquement dirigé du flanc droit à la fosse iliaque gauche. Consistance dure, fibreuse. Par sa face antérieure, convexe, elle est en rapport immédiat avec la paroi abdominale qui glisse sur elle dans les mouvements respiratoires. A gauche, l'extrémité des doigts déprimant l'abdomen peut aisément accrocher un bord mousse, presque rectiligne, se continuant d'une extrémité à l'autre de la tumeur. Si l'on fait coucher la malade sur le côté gauche, la tumeur bascule à gauche autour de son extrémité inférieure restant fixe, et on peut encore aller accrocher avec le bord des doigts recourbés en crochet un autre bord, le bord droit, celui-là plus tranchant que le précédent. Cette manœuvre montre en outre que la tumeur jouit d'une mobilité relative, que, retenue en bas au niveau de son extrémité inférieure, elle peut exécuter par son autre extrémité des mouvements assez étendus dans la cavité abdominale. La percussion dénote de la matité au centre, de la sonorité à la périphérie, sonorité de voisinage due aux anses intestinales qui empiètent sur la tumeur.

Utérus refoulé en arrière, doué d'une certaine mobilité. Interposée entre la vessie et l'utérus est une masse dure qui participe aux mouvements imprimés à la tumeur abdominale et fait corps avec elle. Pendant cette manœuvre, au con-

traire, l'utérus reste immobile. On pense qu'il s'agit de la rate très hypertrophiée, et en ectopie.

Examen du sang. — Négatif : les globules blancs ne sont pas en excès.

SPLÉNECTOMIE, 19 octobre. — Incision sur la ligne médiane de 15 centimètres dont 5 au-dessus de l'ombilic. La main plonge dans l'abdomen, saisit la tumeur. L'extrémité enclavée dans le bassin entre l'utérus et la vessie est assez facilement amenée au dehors et tout le reste de la tumeur suit. C'est bien la rate très hypertrophiée, mais ayant conservé sa forme générale. Une adhérence épiploïque est sectionnée après ligature. Le pédicule aplati s'insère sur presque toute la longueur de la face interne, il a environ au niveau de la rate 15 centimètres de longueur sur 2 ou 3 d'épaisseur. Il renferme des vaisseaux veineux en grand nombre dont quelques-uns ont le calibre du petit doigt ; de plus, un organe allongé de couleur gris rosé, de consistance grenue, s'y trouve contenu, c'est la queue du pancréas étirée, et arrivant au contact de la rate. Désireux de ménager cette glande, on procède à une dissection prudente à cause du voisinage des vaisseaux. Mais une hémorrhagie en nappe assez difficile à arrêter nous contraint de renoncer à cette dissection. Pour lier le pédicule en deux parties, une pince languette se fraye un chemin à travers, mais elle a probablement déchiré des veines d'une friabilité excessive, car une nouvelle hémorrhagie en nappe se produit. Ces deux incidents obligent à pratiquer la ligature en masse des pédicules, y compris la queue du pancréas, et sans nouvelles péripéties l'opération est terminée.

Suites opératoires. — Assez simples. Cependant, 36 heures après l'opération survinrent quelques phénomènes inquiétants : fréquence des mouvements respiratoires jusqu'à 48 par minute ; pouls plein, mais rapide, à 120 ; sensation de plénitude à l'épigastre, intolérance gastrique absolue. Aucune émission de matières par l'anus, malgré plusieurs lavements. Léger ballonnement du ventre. Paralyse vésicale. Temp. vaginale 38°,3. — Le soir du troisième jour, tous ces phénomènes disparurent, sauf la paralyse vésicale qui persista trois jours encore. Guérison opératoire rapide ; la malade peut retourner chez elle le 16^e jour ; elle marchait déjà bien plus facilement qu'avant l'opération.

M. Vignard a reçu dernièrement des nouvelles de son opérée. Elle va aussi bien que possible, a commencé à reprendre ses occupations et ne ressent plus de douleurs abdominales.

Rate. — Poids, 1,120 gr. Long. 20 cent. larg., 14 cent., épais. 8 centim. Consistance plus considérable que normalement. — Examen histologique (Pilliet) : Glomérules de Malpighi en général atrophiés. Beaucoup d'artérioles oblitérées. La pulpe offre un aspect très inégal : par places elle est d'apparence normale, ne présentant qu'une légère congestion ; cellules rameuses même augmentées de nombre. Dans d'autres points la congestion est telle que les cellules propres de la pulpe ont en grande partie disparu. Pigment extrêmement rare. Travées non épaissies, renfermant peu de fibres musculaires lisses. En résumé, atrophie des corpuscules de Malpighi, congestion irrégulière de la pulpe, peu de pigment.

OBS. 167. — *Splénomégalie paludique. Splénectomie. Guérison opératoire.* (NINNI. *Riforma med.*, 1896, n° 207 (?). — *Abeille méd.*, 20 fév. 1897, p. 63. — *Gaz. des hôp.*, 4 fév. 1897, p. 128.)

Femme de 25 ans, ayant eu des accès de fièvre palustre il y a six ans environ. Depuis cette époque survinrent différents troubles qui consistèrent essentiellement à la coloration brun jaunâtre du ventre, avec augmentation de volume de celui-ci.

A son entrée à l'hôpital, on trouva que non seulement la peau du ventre, mais aussi les muqueuses, ont cette coloration brun jaunâtre dont nous venons de parler. Cachexie palustre. Le ventre présente une tuméfaction vraiment extraordinaire, particulièrement du côté gauche. Malgré cela, la malade ne ressent aucune espèce de douleur à la palpation.

L'examen le plus superficiel suffit pour se convaincre que cette tuméfaction est constituée par la rate considérablement augmentée de volume. En effet, la rate descend jusqu'au bassin, occupant ainsi toute la moitié gauche du ventre et dépassant de plusieurs centim. la ligne blanche. Mais l'organe n'est nullement déformé, et par la palpation on arrive à distinguer très bien les deux incisures de son bord interne. On ne trouve rien de particulier dans les autres viscères; il existe seulement dans la cavité péritonéale une certaine quantité de liquide libre.

On décide d'opérer la malade. Le ventre ouvert, on constate que la rate n'est nullement adhérente. Toutefois son extraction est très difficile, car elle ne peut pas passer à travers l'incision, qu'on est ainsi obligé d'agrandir. Comme complication, signalons une hémorrhagie très abondante qui a résulté de la déchirure d'un gros tronc veineux. Néanmoins l'intervention s'est faite, en somme, très bien et n'a pas duré plus de 50 minutes.

Les suites opératoires furent excellentes; la température, il est vrai, s'est élevée une fois, mais cette élévation, du reste légère, a été déterminée par une bronchite catarrhale. La cicatrisation se fit par première intention et l'opérée a pu se lever, pour la première fois, vingt jours après l'opération. Ajoutons qu'on ne s'est pas borné à l'intervention; on pratiquait encore tous les jours des injections sous-cutanées de bichlorure de quinine, à la dose de 1 gram., en vue de combattre l'infection paludique et de prévenir un accès.

Le résultat qu'a donné l'opération a été très bon; la coloration des muqueuses et de la peau redevient normale; il n'y eut plus d'accès, de sorte que la malade, en quittant l'hôpital, se trouvait dans de très bonnes conditions. Mais rentrée chez elle, elle fut prise, peu de temps après, de diarrhée et de vomissements très graves, qu'on n'arriva pas à arrêter. D'autre part, des accès survinrent, accompagnés de frissons d'une intensité très grande. On eut recours de nouveau aux injections sous-cutanées de bichlorure de quinine, mais elles ne purent améliorer en rien l'état de la malade et celle-ci ne tarda pas à succomber.

OBS. 168 et 169. — (E. S. LEWIS, de New-Orléans, cité par R. DOUGLAS, *J. amer. med. Ass.*, 1896, XXVI, 803.)

I. — Hypertrophie malarique de la rate. Splénectomie. Guérison.

II. — Hypertrophie malarique de la rate, prise pour un fibrome de l'utérus. Laparotomie ; splénectomie. Guérison.

OBS. 170. — *Splénectomie pour rate paludique mobile, Guérison.* (S. CATELLANNI. *Gazzetta degli Ospedali e delle cliniche*, 17 janvier 1897, n° 7, p. 75.)

Marie C., 31 ans, de Correzzola (pays à malaria), entre à la clinique chirurgicale de Tricomi le 25 mai 1896. Pas d'antécédents héréditaires. Bonne santé antérieure. Quatre accouchements et un avortement. — La malade se plaint de douleurs abdominales, à siège maximum à gauche, ayant débuté il y a 5 mois. Elle ne se souvient pas d'avoir reçu aucun traumatisme sur l'abdomen. Souffrant violemment et étant incapable de rien faire, elle réclame une intervention.

L'état général est assez bon. Pas d'hypertrophie ganglionnaire. Dans l'hypochondre gauche existe une tuméfaction qui s'étend jusqu'à quatre travers de doigt du pubis; remonte jusqu'à la 10^e côte et est mate à la percussion. Sa palpation détermine de la douleur. Sa face superficielle est convexe, lisse, de consistance dure, élastique, son bord interne présente une encoche. Cette tumeur se mobilise dans les changements de position de la femme. Matité de la région splénique absente. Utérus en rétroflexion et controversion gauche, indépendant de la tumeur.

SPLÉNECTOMIE, 2 juin 1896, faite dans le service de Tricomi. — Incision médiane de 14 centimètres. Comme on l'avait diagnostiqué, il s'agit bien d'une rate mobile, non adhérente, dont le pédicule est assez long pour qu'on puisse la sortir aisément de l'abdomen. Deux pinces sont placées sur le pédicule qu'on divise en trois portions qu'on lie à la soie. Ligature sur les vaisseaux courts. Toilette péritonéale.

Examen de la rate. — Poids : 675 gr. (après l'écoulement du sang contenu), longueur, 18 centimètres ; largeur, 14 centimètres ; épaisseur, 7 centimètres. Capsule un peu épaissie. Hypertrophie du tissu fibreux, accroissement de nombre des corpuscules de Malpighi. Nombreuses variétés de G. B.

Suites. — Soir : 38°,2 à 39°. Réunion de la plaie *per primam*. Fièvre vespérale les 11^e, 12^e et 13^e jours. Retournée chez elle, la malade eut trois accès de fièvre intermittente. — Sept mois après l'opération : État général excellent, elle ne souffrit plus et n'a plus eu d'accès fébriles.

Examen du sang :

	G. R.	G. B.	RAPPORTS	HÉMOGLOBINE	POIDS DU CORPS
25 mai.....	4.335.500	5.313	1 : 834	70	67.600
29 juin.....	3.967.000	6.500	1 : 610	65	
8 juillet.....	3.500.000	3.408	1 : 1.000	60	
12 juillet.....	3.840.000	10.909	1 : 355	60	
15 août.....	6.055.000	3.625	1 : 1.670	75	71
18 septembre....	5.570.000	10.486	1 : 531		
14 décembre....	5.300.000	15.500	1 : 342		75

OBS. 171. — *Splénomégalie paludique. Splénectomie.* (TH. JONNESCO, *X^e Congrès français de chir.*, Paris, octobre 1896, p. 483. — *Progrès méd.* 20 mars 1897, p. 177; Obs. I. — *Congrès international de méd.*, Moscou, août 1897, obs. I.)

N. G., 62 ans. Le début de la maladie remonte à trois ou quatre ans par des sensations de pesanteur de l'abdomen qui l'empêchaient de marcher, le fatiguaient beaucoup et l'empêchaient de travailler d'une façon suivie. Les accès de fièvre intermittente, intenses pendant les premiers temps, ont cessé depuis, mais la cachexie du malade est profonde, se traduisant par une inappétence, des vomissements, de la diarrhée intense, de l'œdème des malléoles, etc.

A l'examen du ventre, on trouve une tumeur énorme qui occupe toute la moitié gauche de l'abdomen et une partie de la droite. Elle s'étend depuis la quatrième côte gauche jusque dans la fosse iliaque du même côté dans le sens longitudinal, et au delà de la ligne médiane dans le sens transversal. Tumeur profonde légèrement déplaçable, ayant gardé la forme de la rate, mais énormément développée. Le diagnostic posé fut hypertrophie de la rate due à l'infection paludéenne.

Vu l'insuccès du traitement médical qu'on lui avait fait subir pendant quelque temps, vu l'insistance du malade qui demandait à en être débarrassé, et malgré l'état de cachexie très avancé dont je viens de parler, je lui ai pratiqué l'opération de la splénectomie le 3 février 1896.

Incision latérale de la paroi antérieure depuis les dernières fausses côtes jusqu'au ligament de Fallope. Arrivé dans la cavité abdominale et ayant constaté le manque d'adhérences antérieures j'ai contourné la rate, je l'ai attirée vers moi qui était placé, dans ce but-là, à droite du malade et j'ai plongé mon regard vers l'extrémité supérieure de la tumeur. A ce niveau, je trouve les adhérences normales entre la rate et le diaphragme, adhérences légères, augmentées d'étendue, mais qui, en somme, était prévues. Je détruis ces adhérences. Sachant que dans ce ligament phrénosplénique on trouve toujours des vaisseaux relativement développés, vaisseaux qui le sont encore plus dans le cas pathologique, j'ai divisé ce ligament en plusieurs faisceaux que j'ai liés et sectionnés séparément. De cette façon, je n'ai pas eu une goutte de sang pendant tout ce temps de la libération de la rate. Une fois ceci fait, et étant assuré qu'aucune adhérence profonde ne fixe la rate aux parois de sa loge, je la fais sortir hors de l'abdomen pour procéder à la ligature de son pédicule. Celui-ci était court et renfermait de nombreux vaisseaux extrêmement développés. Aussi, j'ai procédé à la séparation de chaque vaisseau à part, à leur ligature successive, ce qui m'a demandé un certain temps; mais j'ai pu ainsi obtenir une hémostase parfaite et pendant ce temps mais j'ai pas eu une goutte de sang. La rate enlevée, j'ai procédé à la fermeture de la plaie abdominale avec drainages de Mikulicz. Durée 45 minutes.

Les suites opératoires ont été des plus simples : dans les neuf premiers jours, la température est restée presque constamment à 37°. Le neuvième jour la réunion par première intention paraissait obtenue, je lui enlève les fils de suture. Le lendemain, dixième jour, le malade paraissait aussi bien que la veille. La

température était normale et tout paraissait aller pour le mieux. Seulement le malade me dit qu'immédiatement après mon départ, la veille, après un effort de toux, il eut une sensation spéciale qu'il attribua à l'ouverture possible de la plaie. Effectivement, en regardant ce pansement j'ai trouvé la plaie largement ouverte dans toute son étendue, à travers laquelle sortait une grande partie de la masse intestinale. Séance tenante, j'endormis le malade, ravivai les bords de la plaie dans toute son étendue, nettoyai les anses intestinales déjà agglutinées entre elles; j'ai réduit l'intestin et fermé la plaie par une suture en deux étages. Les suites de cette dernière intervention furent des plus simples et la température ne remonta jamais au dessus de 37°,5. Au bout d'un mois après la première intervention, le malade quitta le service pour rentrer chez lui, dans un état relativement bon. Il se nourrissait bien, gardait ses aliments, chose qui ne lui était pas arrivée depuis longtemps.

Je dois ajouter que je lui fis, à partir du dixième jour de l'intervention, une série d'injections sous-cutanées de suc splénique en commençant par 10 centim. cubes et allant jusqu'à 40 centim. cubes par jour.

Sont-ce ces injections de suc plénique, est-ce l'enlèvement de la rate? Toujours est-il que l'amélioration de l'état général de ce malade a été aussi rapide que surprenant après l'intervention.

En août 1896, examen du sang, fait pour la première fois; nombre des G. R. normal, nombre des G. B. augmenté dans la proportion de 1 : 150.

Revu le 15 octobre dernier, c'est-à-dire neuf mois et demi après l'intervention, ce malade était dans un état excellent.

Depuis longtemps, il a repris son métier de musicien ambulant: l'examen du sang montre le taux normal aussi bien des globules rouges que blancs, et l'examen aussi méthodique que possible des régions ganglionnaires du corps ne permet de déceler aucune trace d'hypertrophie de ces derniers. — Le malade, reçu le 9 janvier 1897, est en excellente santé. Aucune hypertrophie ganglionnaire.

La rate de ce malade pesait, immédiatement après l'intervention, 5 kilogr. 750; je dirai, entre parenthèses que c'est la plus volumineuse rate malarique qu'on ait extirpée jusqu'à ce jour (1). Pesée le 15 octobre alors qu'elle a perdu son sang, cette rate ne pesait plus que 3.410 grammes et présentait les dimensions suivantes: longueur 44 centimètres, largeur 40 centimètres, épaisseur 8 centimètres.

OBS. 172. — *Splénomégalie paludique. Splénectomie.* (TH. JONNESCO. *Idem.* Obs. II.)

J. P..., 20 ans. Début de l'affection il y a six ans, par des fièvres intenses, se manifestant par des accès journaliers, ayant tous les caractères de la fièvre palustre. Bientôt une cachexie très prononcée se montra et le malade commença à sentir des douleurs violentes dans l'hypochondre gauche, où il remarqua

(1) Fuchs a extirpé en 1877 une rate malarique pesant 5.790 gr. (obs.)

bientôt la formation d'une tumeur. Pendant ce temps, il eut de fréquentes épistaxis. Actuellement, le malade est dans un état de cachexie très prononcée ; émacié ; tissu cellulaire cutané atrophié ainsi que les muscles ; il a un aspect vieilli qui n'est pas en rapport avec son âge ; peau et muqueuses pâles ; globules du sang diminués de nombre (2 millions par millimètre cubes.) L'abdomen est très développé. On y trouve un foie augmenté de volume, surtout dans son lobe gauche, qui occupe l'épigastre et s'étend dans l'hypochondre gauche. L'abdomen contient un peu de liquide. Les urines sont normales en quantité, ne contiennent pas d'albumine.

Rate énormément augmentée de volume. Elle occupe tout l'hypochondre gauche et descend jusque dans la fosse iliaque du même côté. Sa forme est rectangulaire avec le grand diamètre vertical, son bord antéro-interne est parallèle à la ligne médiane, qu'elle dépasse d'un centimètre ; son extrémité supérieure correspond à la huitième côte, son extrémité inférieure s'appuie sur la fosse iliaque gauche ; elle paraît mobile sans adhérence avec les organes voisins, sans qu'on puisse pourtant la déplacer. Le diamètre de l'abdomen au niveau de l'ombilic est de 72 centimètres.

Le malade se plaint de vives douleurs abdominales, de grande faiblesse ; il peut à peine marcher et vaquer à ses occupations. Aussi il demande avec insistance l'intervention. Malgré son état de cachexie, malgré la forme hépatosplénique de l'infection, malgré le léger degré d'ascite et les accès de fièvre qu'il avait encore depuis son séjour à l'hôpital, je procédai à l'opération le 23 août 1896.

Je lui fais la laparotomie médiane, ne pouvant pas pratiquer l'incision latérale à cause de petites plaies qu'il présentait à ce niveau, plaies dues aux pointes de feu. Malgré cette incision peu favorable, j'ai pu, comme dans le cas précédent, extirper cette volumineuse rate sans faire perdre au malade la moindre quantité de sang. J'ai procédé en liant et sectionnant d'abord le ligament phrénosplénique, seules adhérences qui existaient dans ce cas et qui fixaient étroitement la rate à sa place normale. Ce n'est qu'après avoir libéré la rate à ce niveau, que je l'ai fait sortir par la plaie abdominale et procédé à la ligature et section du pédicule. Celui-ci était très large et très court, formé de vaisseaux très volumineux et très nombreux. Aussi la séparation et la ligature de chaque vaisseau à part a demandé beaucoup de précautions, et même j'ai dû prendre, dans un des fils de ligature la queue du pancréas qui adhérait trop intimement à l'artère et à une volumineuse veine splénique pour chercher à l'en détacher. Ce temps a été accompli assez vite puisque toute l'intervention n'a duré que 15 minutes. La plaie abdominale a été fermée par une suture à deux étages, sans drainages.

Les suites opératoires ont été simples ; pourtant, dès le deuxième jour et pendant quatre jours de suite, le malade présenta une température élevée restant presque constamment à 39° avec oscillations. Cette température s'accompagnait pendant plusieurs jours de violentes et abondantes épistaxis. Ce n'est que le sixième jour que la température est complètement tombée et, à partir de

ce moment, les traces de fièvre n'ont plus reparu. La guérison opératoire a été très rapide. Aujourd'hui, 15 octobre et depuis longtemps déjà, le malade se trouve dans un état général relativement excellent ; on l'occupe dans le service à des travaux assez durs et on peut le considérer comme parfaitement guéri, aussi bien au point de vue opératoire que thérapeutique. Il quitte le service le 11 novembre 1896 dans un état très satisfaisant.

La rate de ce malade pesait, immédiatement après l'intervention, 4,620 gr. ; le 15 octobre, elle n'avait plus que 1,670 gr. Ses dimensions étaient les suivantes : longueur, 33 centimètres ; largeur, 22 ; épaisseur, 5. J'ajouterai que sur ce malade j'ai commencé dans ces derniers temps seulement les injections de suc splénique. Après la première injection faite avec 25 c.c. de suc, le malade a présenté un accès fébrile très intense et il est resté deux jours à près de 40 degrés ; mais ensuite la température est tombée, et nous nous proposons de continuer ces injections (1).

Examen du sang :

22 août (avant l'opération) :	G. R. 2.600.000	
		= 1 G. B. : 350 G. R.
	G. B. 6.000	
22 août (après l'opération) :	G. R. 2.300.000	
		= 1 : 164
	G. B. 14.600	
27 —	G. R. 2.100.000	
		= 1 : 127
	G. B. 17.000	
29 —	G. R. 2.000.000	
		= 1 : 112
	G. B. 18.000	
1 ^{er} septembre	G. R. 2.600.000	
		= 1 : 130
	G. B. 20.000	
4 —	G. R. 3.150.000	
		= 1 : 131
	G. B. 24.000	
8 —	G. R. 3.600.000	
		= 1 : 144
	G. B. 25.000	
12 —	G. R. 3.600.000	
		= 1 : 133
	G. B. 28.000	

(1) Dans une relation plus récente de cette observation (Congrès de Moscou) M. Jonnesco ne fait pas mention de ces injections de suc splénique ; il note simplement que « de temps à autre le malade a des accès de fièvre qui cèdent aux injections sous-cutanées de quinine ».

14 septembre	G. R. 4.000.000	= 1 : 133
	G. B. 30.000	
17 —	G. R. 4.200.000	= 1 : 140
	G. B. 30.000	
20 —	G. R. 3.900.000	= 1 : 135
	G. B. 29.000	
23 —	G. R. 4.200.000	= 1 : 168
	G. B. 35.000	
27 —	G. R. 4.430.000	= 1 : 275
	G. B. 16.000	
3 octobre	G. R. 4.100.000	= 1 : 342 (1)
	G. B. 12.000	

Toxicité urinaire, coefficient uro-toxique :

Avant l'opération.....	50 à 70 c.c.
Après l'opération.....	90 à 100 —
Aux moments des accès fébriles.....	20 —

OBS. 173. — *Mégalosplénie palustre. Splénectomie facile. Guérison.* (JONNESCO. *Congrès internat. de méd.*, Moscou, 1897; obs. 3.)

M. F..., Bulgare de Topina, près Hicopoli, âgé de 12 ans, entre dans le service le 12 novembre 1896.

Quatre années auparavant, accès de fièvre palustre ayant duré six mois. A partir de la même époque, le ventre commence à augmenter de volume. Etat général bon. Douleurs abdominales, à gauche.

Diagnostic. — Mégalosplénie palustre, rate occupant l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque gauches, s'étendant aussi dans le flanc et la fosse iliaque droits. Rate presque fixe. — Foie un peu augmenté de volume. Circonférence de l'abdomen 75 centim. — Urines normales.

Opération. — Splénectomie le 14 novembre 1896. — Incision médiane, commençant à l'appendice xiphoïde, descendant à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Adhérences insignifiantes, ligament phrénosplénique relativement lâche, détruit sans employer de ligatures. Pédicule long, vaisseaux volumineux, liés isolément. — Section du ligament gastro-splénique entre deux ligatures. Fermeture de la cavité abdominale sans drainage. — Suture à deux étages — Durée de l'opération : 20 minutes.

(1) Ces chiffres, tirés de l'article de M. Jonnesco paru dans le *Progrès médical* (20 mars 1897), diffèrent un peu de ceux qu'il a communiqués au Congrès de Moscou.

Suites opératoires. — Des plus simples; le 10 novembre on enlève le pansement, réunion *per primam*.

Le malade quitte l'hôpital le 18 décembre dans un état général parfait.

La rate pesait, sang compris, 2,460 gr.

Dimensions de la rate : Long., 32 centim.; larg., 18 centim.; épais., 5 centim.

Examen du sang :

Avant l'opération : G. R. 4.000.000

G. B. 7.000

Proportion 1/571

Après l'opération : 10 novembre. G. R. 2.500.000

G. B. 15.000

Proportion. 1/167

24 novembre. G. R. 4.500.000

G. B. 25.000

Proportion. 1/180

Toxicité urinaire. Coefficient uro-toxique,

Avant l'opération..... 65 c. c.

Après l'opération..... 95 c. c.

OBS. 174. — *Mégalosplénie palustre. Splénectomie. Guérison.* (JONNESCO. *Idem*; obs. 4.)

A. M..., Bulgare de Preslav, âgé de 16 ans, entre dans le service le 20 novembre 1896. Depuis quatre ans il souffre d'accès de fièvre palustre. Anémie profonde. — Œdème périphérique. — Douleurs abdominales. — Dyspnée.

Diagnostic. — Mégalosplénie palustre; rate occupant l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque gauches, le flanc et la fosse iliaque droits. Légère ascite. Rate fixe. Circonférence abdominale 85 centimètres.

Opération. — Splénectomie le 21 novembre. Incision médiane commençant à l'appendice xiphoïde et descendant au-dessous de l'ombilic. Adhérences peu nombreuses; ligament phrénosplénique relativement court et peu vasculaire.

Pédicule court et large, difficile à lier. Vaisseaux nombreux et volumineux; ligature isolée. Hémorrhagie nulle. Le lobe droit du foie est dur et hypertrophié.

Fermeture de la cavité abdominale sans drainage, suture à double étage. —

Durée de l'opération : 45 minutes.

Suites opératoires. — Broncho-pneumonie.

Premier pansement enlevé le 18 novembre, réunion *per primam*; le 21 novembre amygdalite infectieuse.

Le malade quitte l'hôpital le 22 décembre, dans un état relativement très bon.

La rate pesait, sang compris, 1,770 gr.

Dimensions de la rate : Long., 37 centim.; larg., 16 centim.; circonférence à sa partie moyenne, 32 centim.

Examen du sang :

Avant l'opération :	G. R.	3.000.000
	G. B.	6.000
	Proportion	1/570
Après l'opération :	24 novembre. G. R.	3.000.000
	G. B.	30.000
	Proportion.	1/100
	8 décembre. G. R.	4.200.000
	G. B.	32.000
	Proportion.	1/130

Toxicité urinaire. Coefficient uro-toxique,

Avant l'opération.....	65 c. c.
Après l'opération.....	20 à 30 c. c.
(Hypertoxicité fébrile.)	

OBS. 175. — *Mégalosplénie palustre. Splénectomie facile. Guérison.* (TH. JON-
NESCO. *Idem* ; obs. 6.)

J. M...; de Dobreshti, district d'Argesh, âgé de 18 ans, entre dans le service le 23 décembre 1896. Fièvre palustre à plusieurs reprises. L'automne et l'hiver passés, fièvre palustre type tierce. Au printemps il entre dans un service de médecine où il est soigné sans résultat pour des fièvres et une tumeur abdominale. — Le malade se fatigue vite ; douleurs dans les membres, maux de tête, étourdissements. Anémie profonde. La face et les membres inférieurs sont œdématisés.

Diagnostic. — Mégalosplénie palustre, rate fixe, occupant l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque gauches et l'hypogastre.

Opération. — Splénectomie le 29 décembre. Incision médiane de l'appendice xiphoïde au-dessous de l'ombilic. Rate non adhérente, s'énuclée facilement.

Ligament phrène-splénique non vasculaire.

Pédicule relativement long, il permet la ligature facile des vaisseaux, d'ailleurs, volumineux.

Hémorrhagie nulle. — Foie normal. — On ferme la plaie sans drainage ; suture à double étage au catgut. Durée de l'opération : 10 minutes.

Suites opératoires. — Le 25 décembre réunion *per primam*. — Sorti de l'hôpital parfaitement guéri.

Rate. — Poids : 1,650 gr.

Dimensions de la rate : long. 27 centim., larg. 22 centim., épais. 6 centim.

Examen du sang :

Avant l'opération :	G.R.	800.000 — 1.000.000
	G.B.	4.000
	Proportion	1.200 à 250
Après l'opération :	21 décembre. G.R.	1.600.000
	G.B.	7.000
	Proportion.	1.229

27 décembre. G.R.	2.300.000
G.B.	10.000
Proportion.	1.220

Toxicité urinaire. Coefficient uro-toxique :

Avant l'opération..... 75 c. c.

Après l'opération..... 70 c. c.

OBS. 176. — *Mégalosplénie palustre. Splénectomie. Guérison.* (TH. JONNESCO. *Idem*; obs. 8.)

P. A..., 32 ans; entré dans le service le 25 février 1897. Le patient a eu d'innombrables accès de fièvre palustre. De l'automne de 1894, il souffre fréquemment de coliques hépatiques. À deux reprises il a eu des hématuries. A cette époque il se serait aperçu de la présence d'une tumeur dans le flanc, qui a augmenté graduellement.

Diagnostic. — Splénectomie palustre. La rate occupant l'hypochondre gauche jusqu'à l'hypogastre. Circonférence abdominale au-dessous de l'ombilic 75 centimètres. Rate mobile.

Opération. — Splénectomie le 28 février. Incision médiane commençant à l'appendice xiphoïde et descendant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Ligature du pédicule et extirpation de la rate comme d'habitude. Le 28 février on enlève le premier pansement. Quelques fils ont suppuré.

Le malade est complètement guéri et quitte l'hôpital le 21 mars 1897.

OBS. 177. — *Sténomégalie palustre. Splénectomie facile. Guérison.* (TH. JONNESCO, *idem*; obs. 11.)

T. S..., 30 ans, entrée dans le service le 19 juin 1897. Accès de fièvre palustre multiples à partir de l'âge de 16 ans. Depuis quatre ans, tumeur dans le flanc gauche augmentant graduellement de volume. Gêne et douleur qui l'empêchent de travailler.

Malade anémique.

Diagnostic. — Splénomégalie palustre. Rate occupant l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque gauches, l'hypogastre et le flanc droits. Rate mobile, déplaçable, mais non ectopée.

Opération. — Splénectomie le 26 juin. Rate non adhérente, ligament phrénosplénique lâche.

On traite le pédicule comme d'habitude. Hémorrhagie nulle. Suture à deux étages. — Durée de l'opération, 15 minutes.

Suites opératoires. — Des plus simples. — Le neuvième jour on enlève le premier pansement; réunion par première intention. — La malade quitte le service dans un état excellent le 20 juillet.

Rate. — Poids : 1.450 gr.

Dimensions de la rate. — Long. 31,5 centim. Larg. 14 centim. Epais, 7 centim.

Examen du sang :

Avant l'opération :	G. R.	3.500.000
	G. B.	7.000
	Proportion.	1/479
Après l'opération : 16 juin.	G. R.	2.200.000
	G. B.	16.000
	Proportion.	1/137
18 juin.	G. R.	2.300.000
	G. B.	15.000
	Proportion.	1/177

Toxicité urinaire. Coefficient uro-toxique :

Avant l'opération.....	120 c. c.
Après l'opération.....	8 c. c.

OBS. 178. — *Splénomégalie paludique. Splénectomie difficile.* (TH. JONNESCO. *Idem*; obs. 12.)

J. R..., Femme de 30 ans, entre dans le service le 13 juillet. — 7 ans auparavant accès fréquents de fièvre palustre.

Malade faible et anémique.

Diagnostic. — Mégalosplénie palustre.

Rate occupant l'hypochondre, le flanc et la fosse iliaque gauches. Rate fixe et adhérente. Circonférence de l'abdomen 84 centim.

Opération. — Splénectomie le 15 juillet. Adhérences multiples avec l'estomac, l'intestin, l'épiploon et le diaphragme. — Ligament phrénico-splénique très court et très vasculaire. Le pédicule est traité comme d'habitude. — Durée de l'opération : 1 h. 40.

Suites opératoires.—Pleurésie gauche; la malade se trouve encore dans le service.

Rate. — Poids : 950 gr.

Dimensions de la rate. — Long. 22 centim., et demi, larg. 12 centim., épais. 9 centim.

Examen du sang :

Avant l'opération :	G. R.	5.300.000
	G. B.	8.000
	Proportion.	1/705
Après l'opération :	G. R.	3.500.000
	G. B.	10.000
	Proportion.	1/349

VII. — Splénectomies pour splénomégalie non leucémique et non paludique.

OBS. 179. — *Splénectomie chez une jeune femme. Résultat inconnu* (BALLS-HEADLEY. *Medical Society of Victoria*, 6 mars 1889. — *Australian medical Journal*, XI, 15 mars 1889, p.125.)

Dr Balls-Hadley montre une rate qu'il a enlevée le 31 janvier à une jeune

femme dont l'état général était mauvais, mais qui n'était ni paludéenne, ni leucocythémique. Il semble qu'il s'agisse d'une hypertrophie simple de la rate, qui sera ultérieurement examinée.

La communication de Balls-Headley ne renferme pas d'autres renseignements.

OBS. 180. — *Splénomégalie, splénectomie. Mort.* (QUITEMBAUM. *Commentatio de splenis hypertrophia et historia extirpationis splenis hypertrophici*, Rostock, 1836. — In MAGDELAIN, p. 55. — PÉAN, p. 1047. — FOUBERT, obs. 1.)

Femme de 22 ans, de bonne santé antérieure. Sous l'influence du froid elle ressent une douleur dans le côté gauche. Les règles se suppriment, et pendant 9 mois le ventre augmente progressivement de volume. Elle croyait être enceinte; mais, voyant que le terme passait sans qu'elle accouchât, elle va trouver Quittembaum qui diagnostique une hypertrophie de la rate, avec ascite et œdème des jambes consécutifs. Il se décide à enlever l'organe.

Incision sur la ligne médiane, s'étendant depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse. Issue de 9 litres de liquide ascitique. La rate, tout à fait libre d'adhérences, est enlevée après qu'on eût appliqué sur les vaisseaux une ligature de soie. Pas d'hémorrhagie. Les intestins, qui étaient sortis de l'abdomen pendant l'opération, sont remis en place après qu'on les eût oints d'huile chaude.

La malade vécut 6 heures. — Poids de la rate : 6 livres.

AUTOPSIE. — Cirrhose atrophique du foie. La ligature comprenait, avec les vaisseaux, la queue du pancréas.

OBS. 181. — *Tumeur de la rate. Splénectomie. Mort le sixième jour.* (SPENCER WELLS. *Medical Times*, janvier 1866, p. 2. — *Gazette hebdom.*, juillet 1866, n° 26, p. 439. — In PÉAN, p. 1048. — FOUBERT, obs. 4.)

Femme de 34 ans. Pas de maladie antérieure. A la fin de 1864, commence à éprouver des malaises et de la faiblesse; en avril 1865, l'abdomen commence à se développer, d'abord sous les fausses côtes gauches, puis la tumeur se propage en bas et à droite. En octobre, S. Wells reconnaît que la rate remonte jusqu'à la septième côte, et qu'on peut la trouver au dedans de l'utérus par le toucher vaginal. Du côté droit, elle s'étendait jusqu'à trois pouces de la crête iliaque. — Divers traitements médicaux tentés sans succès; la rate augmente rapidement de volume. Le sang renfermait une quantité un peu plus considérable de globules blancs. Pas autrement spécifié dans l'observation.

Opération, 20 novembre 1865. — Incision le long du bord externe du muscle droit de l'abdomen gauche, s'étendant à cinq pouces au-dessus et deux pouces au-dessous de l'ombilic. En incisant le péritoine, une grosse artère, contenue dans un repli épiploïque légèrement adhérent entre la surface de la rate et le feuillet pariétal, fut coupée en travers. On la lie; l'épiploon est détaché, la rate entraînée à travers la plaie. A ce moment, l'opérateur commence à tordre la rate sur elle-même, afin de former une masse de son pédicule. Mais la veine

splénique se rompit et donna immédiatement du sang qui s'écoula hors de la cavité péritonéale ; tous les vaisseaux furent saisis dans un clamp et la rate enlevée. Deux artères et une veine furent liées séparément. Le reste du paquet vasculaire fut lié en deux faisceaux. Une partie de la queue du pancréas, du volume¹ du pouce, fut liée en même temps que la rate.

Rate. — Elle pesait, lors de son extirpation (3.150 gr.). Long. 11 pouces, larg. 8, épais. de 3 à 4.

La malade alla assez bien jusqu'au cinquième jour, tout en étant très faible. Le sixième, la faiblesse s'accroît très rapidement. Mort dans la nuit.

AUTOPSIE. — Pas de péritonite ; l'abdomen renferme de la sérosité épanchée. Aucune trace d'abcès métastatique ni d'infection purulente.

OBS. 182. — *Hypertrophie splénique. Splénectomie. Mort par péritonite.* (SPENCER WELLS. *Diag. et trait. des tum. abd.*, 1886, p. 339 ; trad. franç. par KEDER, p. 333. — In FOUBERT, obs. 9.)

Femme mariée, 42 ans. Pas de malaria. A remarqué la présence d'une petite tumeur abdominale vingt ans auparavant, sans rétentissement sur la santé générale jusqu'en 1870. En 1873, elle se décida à subir l'opération plutôt que de continuer à mener une vie insupportable. On n'examina pas le sang.

SPLÉNECTOMIE. — La tumeur pesait 7 kilogr. 5 immédiatement après l'incision, et 5 kilogr. 5 après l'écoulement du sang.

Vomissements et agitation après l'opération ; sueurs ; ballonnement du ventre. A partir du troisième jour, affaissement et mort au bout de 70 heures par péritonite.

OBS. 183. — *Hypertrophie de la rate. Splénectomie. Mort.* (ATTILIO URBINATI, de Casena. — In FRANZOLINI. *Della estirpazione della Milza all'uomo*, Turin, 1882, p. 54. — *The American journal of the medical sciences*, Philadelphie, vol. LXXXIV, 1882, p. 486. — LIEFFRING, obs. 2.)

Femme atteinte d'hypertrophie simple de la rate qu'on enleva par une laparotomie médiane ; le pédicule fut lié en masse avec un fil métallique. Opération très difficile (20 janvier 1874).

Mort le 4^e jour.

AUTOPSIE. — Pas de péritonite ni d'hémorrhagie, pas d'occlusion intestinale. On attribua la mort à la torsion de l'estomac produite par le gaz. Athérome de l'artère splénique. — Poids de la rate : 2,275 gr.

Franzolini range cette observation dans la catégorie des rates mobiles. Rien dans sa relation ne permet de la considérer comme rate mobile.

OBS. 184. — *Splénomégalie. Splénectomie. Mort par hémorrhagie.* (SPENCER WELLS. *Wien. med. Wochens.*, 1879, n° 17. — In FOUBERT, Obs. 14.)

Femme de 27 ans, opérée en 1876. Rate de 11 livres. Mort peu de temps après l'opération par hémorrhagie primitive. Les vaisseaux avaient été liés avec des fils de soie. On avait omis de lier un petit rameau de la splénique et

un petit rameau de la pancréatique qui saignèrent après suture de la paroi, bien qu'avant l'hémorrhagie eût paru entièrement arrêtée. Caillot volumineux derrière le ligament gastro-splénique.

OBS. 185. — (POLLAK ; *Pester med. Chir. Presse*, 1877, n° 28. — D'après WRIGHT. *Med. Chronicle*, 1888, IX, 188 ; obs. 53 ; et SPANTON. *British med. Journ.*, 1895, II, 1090).

Femme. Hypertrophie de la rate. Splénectomie (1877). Mort de cause restée inconnue.

OBS. 186. — (HOUSO. D'après WRIGHT. *Med. Chronicle*, 1888, IX, 188 ; obs. 26 ; et SPANTON, *British med. Journ.*, 1895, II, p. 1090).

Femme de 24 ans. Hypertrophie simple de la rate. Splénectomie (1878). Mort de collapsus.

OBS. 187. — (FISCHER, de Breslau. *Verhandl. der deut. Ges. f. Chir.* in Berlin, 1882. — D'après G. ADELMANN. *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, XXXVI, p. 442 ; obs. 25.)

Femme de 44 ans. Tumeur congestive de la rate. Splénectomie (1878).

Mort au 2^e jour de péritonite.

OBS. 188. — *Tumeur hypertrophique de la rate. Splénectomie. Mort par hémorrhagie.* (TERRIER. *Bul. et mém. de la Soc. de chir.*, 1884, t. X, p. 508. — *Revue de chirurgie*, 1884, IV, 812.)

M^{me} R..., 43 ans. Jamais de malaria. N'a jamais habité de pays à malaria. Deux accouchements normaux, pas de fausses couches. Dernières règles datant du mois d'avril 1881.

Depuis trois ans perte graduelle de l'appétit et des forces. Amaigrissement ; maux de tête, palpitations, insomnies. Anémie profonde. En même temps, tension pénible dans la moitié gauche du ventre, déterminant même de la douleur dans certains mouvements. — Jamais d'épistaxis ni d'hémorrhagie d'aucune sorte. Toutefois, depuis cinq ou six ans, ecchymoses spontanées sous la conjonctive bulbaire, apparaissent assez souvent, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, sans aucune relation avec l'apparition habituelle des règles.

Examen, 10 décembre 1880. — A la palpation de l'abdomen, on constate qu'il existe une tumeur dure, régulière, ayant la forme de la rate, située sous l'hypochondre gauche qu'elle remplit totalement, et descendant jusque dans l'excavation pelvienne, si bien que le toucher vaginal permet de la retrouver dans le cul-de-sac latéral gauche. En avant, bord tranchant facile à saisir avec les doigts, correspondant à la ligne blanche qu'il déborde à droite, vers la région ombilicale, de 2 centimètres environ. — Matité complète dans toute l'étendue de la tumeur. — Respiration normale, ni toux, ni oppression. — Battements cardiaques normaux. — Urines ne contenant ni sucre ni albumine.

Sulfate de quinine pendant trois semaines, sans résultat. Traitement antisiphilitique pendant 20 jours sans résultat.

Examen du sang. — G. R., 5,428,000 : 1 G. B.; pour 275 rouges.

En décembre 1880, sur les conseils de M. Verneuil, régime tonique et douces froides, jusqu'au 9 février 1881, époque à laquelle la malade quitte le service.

État général. — Amélioré; appétit meilleur. Toutefois, aucune modification du côté de la rate, qui semble avoir augmenté de volume. — Malgré les vives instances de la malade, MM. Terrier et Verneuil lui refusent l'opération.

Pendant son séjour à l'hôpital, nouvel examen par M. le Dr Nepveu dont voici les conclusions : 1^o Pas de pigmentation anormale ou d'éléments spéciaux qui puissent faire songer au paludisme. 2^o Très légère leucocytose qui éloigne toute idée de leucémie.

Le 16 novembre 1881, M^{me} R..., entre pour la seconde fois à la Salpêtrière. — Appétit presque nul : forces diminuées; amaigrissement notable. Pas d'œdèmes. — Ecchymose conjonctivale qui date de quelques jours. — Abdomen un peu augmenté de volume; circonférence au niveau de l'ombilic, 98 centim. Tumeur remplissant tout l'hypochondre le flanc et la fosse iliaque gauche et occupant, en outre, la moitié gauche des régions épigastrique, ombilicale et hypogastrique; de plus, elle empiète de 6 centimètres à droite au niveau de l'ombilic et de l'hypogastre. En résumé, notable augmentation de volume de la tumeur depuis la sortie de la malade. — Cœur, poumons, foie, reins, sains. Apyrexies.

Examen du sang (MALASSEZ) :

3.485.000 G. R.	} soit 1 G. B. sur 253 G. R.
13.750 G. B.	

Hémoglobine	}	par millim. cube, 96 μ grammes.
		par globule 27,5 μ grammes.

Opération, 13 décembre 1881. — Incision sur la ligne médiane, du milieu de l'espace qui sépare l'appendice xiphoïde de l'ombilic au milieu de l'espace qui sépare l'ombilic du pubis. Tumeur splénique, tendue, luisante, régulière d'une coloration gris-fer. Quelques adhérences seulement, en haut et en arrière dans l'hypochondre gauche. Le hile de la rate apparaît alors, en renversant la tumeur à gauche. Une veine du volume d'une plume d'oie et deux petites artères sont saisies entre deux ligatures. Pas de perte de sang. Une deuxième division vasculaire située à deux centimètres au-dessus de la précédente est traitée de la même manière. Un débridement permet de faire sortir de l'abdomen la partie inférieure de la tumeur et d'atteindre le pédicule. On voit nettement en ce point la veine splénique, du volume du pouce, et l'artère splénique, aussi grosse que la crurale, et battant fortement sous le doigt. Ces deux vaisseaux sont liés et sectionnés sans perte de sang appréciable. Quelques adhérences cellulaires postérieures qui retiennent encore la rate sont détruites avec le doigt. Des adhérences épiploïques contenant des vaisseaux sont sectionnées entre deux pinces en T et liées avec soin. — Excision de la rate hypertrophiée, qui pèse 6 kilogr. — Toilette minutieuse de la cavité péritonéale qui d'ailleurs renferme très peu de sang épanché. — Toutes les liga-

tures appliquées sur les vaisseaux ayant été laissées longues, afin de pouvoir être retrouvées plus facilement, les longs fils en sont, sectionnés après que l'on s'est assuré de leur solidité. Nouvelle ligature en un point où les premières ligatures semblent douteuses (soie phéniquée).

Suture de la paroi abdominale à l'aide de douze fils d'argent. Toutes les piqûres faites pour passer les fils saignent beaucoup.

Opération, faite sous le spray, ayant duré une heure un quart, pénible. La malade se réveille facilement et ne souffre pas. — A deux heures : T. 36°,6 ; P. 90. — A cinq heures : T. 36°,8 ; P. 92 ; R. 24. Légère hémorrhagie par la plaie abdominale. Coliques, douleur dans l'épaule gauche. Oppression. — A six heures, affaiblissement considérable, pouls filiforme fréquent ; extrémités froides. Injection sous-cutanée d'éther, sans résultat. — Mort à quatre heures du matin, après une agonie d'une heure.

AUTOPSIE. — Nombreuses ecchymoses sous-péritonéales. Pas d'épanchement sanguin intra-abdominal au niveau de la plaie. Un litre de sérosité sanguinolente dans l'excavation pelvienne, la fosse iliaque et l'hypochondre gauches. Pas de péritonite. Intestins congestionnés ; plaques ecchymotiques sous-séreuses. — Foie gras, non hypertrophié. Reins anémiés ; début de néphrite interstitielle.

OBS. 189. — (FRASCANI BANTI. *Anemie spléniche*, Firenze, 1882, p. 24. — D'après DANDOLO. *Gazz. med. lombarda*, 1893, p. 109.)

Homme de 16 ans. — Hypertrophie splénique. Pseudo-leucémie. Splénectomie ; laparotomie médiane ; plusieurs ligatures sur le pédicule. Mort en quatre heures. — Poids de la rate : 1,310 gr.

OBS. 190. — *Hypertrophie de la rate. Splénectomie. Mort par hémorrhagie.* (SPANTON. *Annual meeting of the British med. Association*, Londres, 1895. — *British med. Journ.*, 2 novembre 1895, p. 1090 ; obs. I. — Ce cas est brièvement rapporté in *British. med. Journ.*, 1884, t. I, p. 14.)

Femme de 47 ans, de bonne santé habituelle, ayant eu douze enfants. Il y a deux ans apparurent des douleurs peu intenses dans le côté gauche du ventre qui commença à augmenter de volume. La malade se crut enceinte. La tuméfaction abdominale continua à s'accroître progressivement.

Il y a un an la tumeur se présentait nettement comme formée par la rate hypertrophiée, qui remplissait presque la moitié du ventre. Le traitement médical n'a donné aucun résultat. Depuis un an la malade se plaint d'être oppressée ; elle est incapable de travailler. Les digestions sont bonnes ; pas d'anémie ; les règles n'ont pas apparu depuis la même époque. Pas d'albuminurie. L'examen du sang ne révèle rien d'anormal. Les douleurs du côté gauche sont intenses. La température varie entre 37°,8 et 39°,5. — La tumeur est régulière, dure, s'étend de la 5^e côte à l'arcade de Fallope, atteint le bord externe du muscle droit, à droite de la ligne médiane ; son bord antérieur est lisse ; elle est légèrement mobile. Pas d'adénopathies.

Opération, 12 septembre 1883. — Laparotomie médiane. Les veines du grand épiploon, qui recouvre la rate, sont volumineuses. La rate est très congestionnée. Plusieurs vaisseaux de sa surface se rompent dans les manœuvres d'extraction. Nombreuses ligatures sur les vaisseaux qui viennent du diaphragme. On saisit le pédicule de la rate dans un clamp et on le sectionna. On avait essayé préalablement de placer une ligature sur ce pédicule; mais on en avait été empêché par les connexions de la rate et du diaphragme. On suture complètement la plaie abdominale après avoir fait une incision latérale pour permettre le passage du clamp. La malade n'a pas perdu plus d'une pinte de sang. Le pouls est bon après l'opération.

Sept heures après, l'état général s'aggrave subitement, le visage pâlit, la respiration s'accélère, le pouls disparaît rapidement. On diagnostique une hémorrhagie. Mort une demi-heure après.

Examen de la rate. — Poids, 8 livres (après évacuation du sang); mesures : 35 centim., 20 centim., 12 centim. Hypertrophie simple.

AUTOPSIE. — L'abdomen renferme une pinte et demie de sang; une ligature de soie est retrouvée au milieu du sang.

OBS. 191. — *Hypertrophie de la rate. Splénectomie. Mort par hémorrhagie.* (J. KNOWSLEY THORNTON. *Medico-chirurgical Transactions*, vol. LXIX, 1886, p. 411; obs. II. — *British med. Journ.*, avril 1886, p. 740.)

Femme de 25 ans, mère de trois enfants, est envoyée au Samaritan Hospital avec le diagnostic de tumeur de l'ovaire. A bon aspect. Appétit mauvais; flatulence. Repos au lit nécessité depuis trois semaines par des douleurs qui siègent dans les deux hanches.

Cœur et poumons sains. Pas d'albuminurie. Toute la moitié gauche de l'abdomen est occupée par une tumeur qui dépasse notablement l'ombilic à droite. Matité au niveau du flanc gauche. La tumeur est trilobée. Par sa partie inférieure elle plonge dans le bassin et refoule l'utérus. — On pose le diagnostic de sarcome kystique du mésentère.

Opération, 23 juillet 1884. — Incision le long du bord externe du muscle droit, à gauche. Il s'agit d'une rate hypertrophiée. On a de la peine à extraire la tumeur du pelvis. Par sa face antérieure elle est adhérente à l'épiploon; et on sectionne les adhérences après ligature, car les vaisseaux qu'elles renferment sont volumineux. Ligature et section du pédicule qui est mince, mais contient de gros vaisseaux. On le sépare en trois portions pour le lier. Aucune hémorrhagie. Mais le visage se congestionne, et la cavité péritonéale se remplit de sang. On met une ligature en masse sur le pédicule dont une des ligatures a lâché.

Après l'opération le pouls est mauvais, mais se remonte bientôt (96). Bon aspect. Puis sueurs froides; le pouls devient rapide.

Mort 5 heures et demi après l'opération.

AUTOPSIE. — Le sang provenait d'une petite artère des adhérences et s'était infiltré entre les lames de l'épiploon. Le collapsus tenait, d'après Thornton, à la compression du plexus solaire par le sang infiltré.

OBS. 192. — *Splénectomie pour tumeur fibreuse de la rate, Mort par pneumonie.* (ORLOWSKI (W.). *Gazeta Lacarsca*, Varsaw, 1887, VII, n° 1, 17. — *Internat. klin. Rundschau*, 1887, n°s 25-26, p. 777 et 811. — *Annals of Surgery*, 1887, t. 6, p. 164.)

Iiana E. , âgée de 26 ans. Hypertrophie de la rate et ascite.

SPLÉNECTOMIE, 26 juin 1885. — Laparotomie le long du bord externe du muscle droit. Des adhérences fibreuses réunissaient la rate au diaphragme et à l'épiploon. Ligature et section du ligament gastro-splénique; puis libération des adhérences phréno-spléniques, ce qui détermina une abondante hémorrhagie.

Pas de fièvre pendant les premiers jours après l'opération. Le quatrième jour, élévation de la température et pneumonie du poumon droit. Mort le 2 juillet.

Rate. — Elle mesurait 30 centimètres de long sur 18 centim. de large.

Examen microscopique. — Tumeur fibreuse de la rate.

OBS. 193. — *Hypertrophie de la rate. Splénectomie. Mort par hémorrhagie.* (LANGENBUCH: In THIELE. Thèse de Berlin, 1886, obs. XXXIV, p. 23.)

Jeune fille de 16 ans. Rate énorme, occupant les trois quarts de la cavité abdominale. Son développement se faisait lentement. Douleurs et gêne de la respiration.

SPLÉNECTOMIE. — On arrive avec quelque difficulté sur le hile de la rate. Le pédicule renferme de nombreux vaisseaux; les parois des veines sont si minces que le simple contact du doigt suffit à les déchirer.

Hémorrhagie abondante qu'on ne peut arrêter complètement et qui provient des adhérences rompues pour libérer la rate. On ferme la plaie abdominale sans avoir pu obtenir l'hémostase. Mort par hémorrhagie interne.

OBS. 194. — *Premier cas de splénectomie en Espagne.* (RIBERA Y SANS. *Arch. de med. y. cirurg. de l. niños*, Madrid, 1886, II, 182. — *Rev. de med. y cirurg. pract.*, Madrid, 1887, XX, 229. — *Siglo med.*, Madrid, 1886, XXXIII, 239. — *Genio med.*, Madrid, 1886, XXXII, 651. — *Lancet*, 1886, II, p. 1093.)

Garçon de 10 ans opéré à l'hôpital de l'Enfant Jésus, à Madrid. Splénectomie. Mort de shock le lendemain. Après l'opération survint une syncope qu'on eut grand'peine à faire disparaître.

OBS. 195. — (C. W. S. DEAKIN. *Indian medical Journal*, Calcutta, 1887, VI, 54.)

Hypertrophie de la rate. Splénectomie. Mort.

OBS. 196. — (FRITSCH. D'après ASCH. *Arch. f. Gynæk.*, 1888, 130, et R. DOUGLAS. *J. amer. med. Ass.*, 1896, XXVI, 803.

Femme de 26 ans. Sarcome primitif de la rate. Splénectomie (1887). Mort par hémorrhagie en cinq heures.

OBS. 197. — *Splénomégalie. Splénectomie difficile. Mort par hémorrhagie.* (G. A. WRIGHT. *The medical Chronicle*, Manchester, 1888, t. IX, p. 188.)

Fredk. M..., âgé de 29 ans, entre à l'Infirmierie royale de Manchester, dans

le service de M. Dreschfeld, le 28 juin 1888. Bonne santé jusqu'il y a six ans. A cette époque il eut une hématomèse, et depuis ne s'est plus bien porté; hématomèses fréquentes. Depuis trois ans, impossibilité de travailler à cause du mauvais état de sa santé et des douleurs abdominales. Pas de malaria.

Au moment de son entrée à l'hôpital, les douleurs abdominales sont violentes, mais variables d'intensité. La rate seule semble malade. Le sang renferme 3,666.000 G. R. par millim. cube; le nombre des G. B. est normal. L'abdomen renferme une volumineuse tumeur, dont le siège est la rate ou le rein.

Traitement médical jusqu'au 16 août. A cette époque les G. R. sont de 4,930.000 par millim. cube; mais la plupart sont très pâles. Pas de leucémie. Pas d'adénopathies, ni de lésions viscérales. Wright voit le malade à ce moment et diagnostique une hypertrophie de la rate.

Le 17 août, Wright pratique une courte incision sus-ombilicale qui lui permet de constater que la tumeur est bien splénique. Mais, comme le malade n'était préparé, ni prévenu, il referme l'incision.

Le malade se remet de l'intervention et sort en convalescence le 1^{er} septembre.

Le 19 septembre, hématomèse et réapparition des douleurs abdominales. Le malade rentre à l'Infirmierie royale vers le milieu d'octobre. Malgré les dangers qu'il sait courir, il accepte l'opération en raison de ses douleurs et du mauvais état de sa santé.

SPLENECTOMIE, 22 octobre. — La rate est fixée par des adhérences. De nombreuses ligatures sont nécessaires, et il faut détacher de fortes adhérences. Enfin on parvient à sortir la rate de l'abdomen. Le pédicule est lié à la soie et thermo-cautérisé. L'hémorrhagie continue abondante, elle est due à la déchirure d'une veine sous-diaphragmatique qu'on lie avec quelque difficulté. En raison de l'abondance de l'hémorrhagie et de la prolongation de l'intervention (2 h. et demi), on craint que le malade succombât sur la table d'opération. Fermeture complète de la plaie abdominale, sans drainage.

L'état général fut assez bon pendant 36 heures, puis il devint rapidement mauvais, jusqu'au moment de la mort.

AUTOPSIE. — On trouve une pinte de sang dans la région splénique. Cependant la ligature du pédicule avait tenu. Pas de péritonite. La mort avait donc été due à l'hémorrhagie.

Poids de la rate conservée six jours dans l'alcool: 750 gram. Péri-splénite ancienne. Augmentation du tissu fibreux de la rate (splénite chronique)

OBS. 198. — (W. T. HELMUTH. *Reports Helmuth. House New-York*, 1888, III, 14. — D'après R. DOUGLAS. *J. amer. med. Assoc.*, 1896, XXVI, 803.)

Enfant. Sarcome primitif de la rate. Splénectomie. Mort.

OBS. 199. — *Ablation d'une rate sarcomateuse.* (FLOTHMANN. *Berlin. klin. Woch.*, 27 oct. 1890, n° 43, p. 1002.)

Homme de 44 ans. Tumeur maligne de la rate. Incision sur le bord externe

du muscle grand droit, à gauche. La tumeur était presque immobile en raison des adhérences avec les organes voisins. Le pédicule, d'un centimètre de long, fut lié ; puis ses adhérences furent déchirées. On put ainsi enlever avec assez de peine une tumeur pesant 2,000 gr. On dut laisser dans l'épiploon une nodosité assez considérable.

Mort 50 heures après l'opération par hémorrhagie au niveau des adhérences (autopsie).

OBS. 200. — *Hypertrophie simple de la rate. Splénectomie. Pneumonie double et thrombose de la veine splénique. Mort.* (BEECKMANN DELATOUR. *Brooklyn Surgical Society*, 15 novembre 1894. — *Annals of surgery*. XXI, 1895, p. 24.)

Femme de 31 ans, Norvégienne. A l'âge de 4 ans, elle reçut un coup sur le côté gauche. Peu à peu le côté gauche se tuméfia ; mais sans qu'il s'en suivit aucun trouble. En juin 1893, hématemèse et méléna, qui se reproduisirent trois mois après, en janvier, mars et juin 1894. Il en résulte une anémie assez marquée, de la perte des forces et de l'oppression. Depuis la première hémorrhagie, la tumeur abdominale grossit progressivement sans déterminer d'autre trouble que de la gêne.

En juillet 1894, elle est amaigrie ; la température est à 37°8, le pouls à 96, l'appétit est bon ; cœur et poumons sains. La tumeur abdominale s'étend du rebord costal à la crête iliaque, elle est dure, très mobile. — Traitement par le fer, la quinine, la strychnine, les inhalations d'oxygènes.

Examen du sang :

18 juillet 1894.	G. R.	3.568.000
	G. B.	7.000
	Hémoglobine.	45 0/0
17 août (après le traitement)	G. R.	3.464.000
	G. B.	4.000
	Hémoglobine.	50 0/0

On exclut la leucémie et on porte le diagnostic d'hypertrophie simple de la rate. Dans la crainte de nouvelles hémorrhagies, on se décide à intervenir.

Opération, 22 août 1894. — Incision le long du bord interne du muscle droit, prolongée également au-dessus et au-dessous de l'ombilic. La rate se présente immédiatement. Elle est dépourvue d'adhérences, sauf au niveau de son extrémité supérieure. Elle a subi une torsion sur son axe longitudinal ; son hile est tourné vers la gauche et les vaisseaux passent au-dessous d'elle. On la détord facilement et on l'amène entre les lèvres de la plaie. On place un clamp sur les vaisseaux du pédicule qu'on sectionne, puis on remplace le clamp par trois ligatures. Durée de l'opération : 40 minutes.

On enlève les sutures superficielles le dixième jour et les profondes le dix-huitième. — Le second jour après l'opération, la température monte subitement à 39°6, et on constate les signes d'une pneumonie de la base gauche. Le dixième jour la défervescence commence ; elle est complète le quinzième

jour. — Le lendemain (6 septembre), la température remonte à 39°,6, la respiration est à 44: il existe un peu de diarrhée; on constate les signes d'une pneumonie droite. — 14 septembre. Subitement à 11 h. 30 du matin, apparaissent des vomissements et une violente douleur abdominale; la température est à 40°, le pouls est imperceptible; la malade tombe dans le coma. Dans la soirée les vomissements persistent et le ventre se ballonne.

Mort le 15 septembre, vingt-quatre jours après l'opération.

AUTOPSIE. — Adhéhérences pleurales à gauche. Le lobe inférieur du poumon droit présente des lésions de pneumonie avec tendance à la gangrène. Cœur pâle; pas de lésions valvulaires. Dans l'abdomen, 500 gr. de liquide sanguinolent; congestion de l'intestin grêle au niveau du tiers moyen de sa longueur, adhérences de l'épiploon dans l'hypochondre gauche; veines spléniques très distendues, tortueuses, contenant un caillot dur qui s'étend jusque dans la veine porte et obstrue les orifices des veines mésentériques.

Rate. — Poids : 2.240 gr. (après écoulement du sang contenu). Au microscope, hypertrophie chronique avec hyperplasie du tissu fibreux.

OBS. 201. — *Splénectomie pour tumeur de la rate. Mort.* (J. ISRAËL. 24^e Congrès de la Soc. allemande de chir., Berlin, avril 1895. — *Berlin. klin. Woch.*, 29 juillet 1895, n° 40, p. 664. — *Semaine méd.*, 1895, p. 193.)

Homme 56 ans. Splénectomie facile pour tumeur de la rate. Huit jours plus tard, alors que la guérison s'annonçait bien, le malade tombe dans le sopor; température normale, pouls très rapide, respiration de Cheyne-Stokes, rigidité spasmodique des muscles des extrémités; albuminurie légère. Mort dans le coma, sans que l'autopsie en ait révélé le mécanisme.

OBS. 202. — *Hypertrophie de la rate chez un enfant de 11 ans. Splénectomie. Mort le 8^e jour.* (CHARON. *Ann. Soc. belge de chir.*, 15 novembre 1895. — *Revue des soc. méd.*, t. 47, pr 604.)

Fillette de 11 ans. Ostéite considérable et tumeur dure s'étendant des dernières fausses côtes gauches jusqu'au niveau de l'arcade crurale. Lacis veineux très développé de toute la surface cutanée du ventre. Une laparotomie exploratrice antérieure avait fait reconnaître une hypertrophie de la rate, que l'opération n'a pas arrêté dans son développement.

Splénectomie. Poids de la rate : 2.000 grammes. Mort le 8^e jour.

AUTOPSIE. — Lésions de péritonite, cirrhose atrophique du foie, congestion et œdème des poumons.

OBS. 203. — (MINER, d'après DOUGLAS. *Journ. Americ. med. Assoc.*, 25 avril 1896, p. 803.)

Hypertrophie simple de la rate. Splénectomie. Mort.

OBS. 204 (inédite) *Splénomégalie. Splénectomie.* — (TUFFIER.)

C..., 25 ans, officier roumain.

Pas d'antécédents héréditaires.

Bonne santé jusqu'à l'âge de 20 ans. Aucune maladie antérieure.

Le 1^{er} août 1896, apparurent des douleurs dans la portion inférieure de l'abdomen, surtout marquées à gauche. Le lendemain, elles s'irradiaient dans le testicule, mais n'augmentaient pas par la pression de l'organe. Le moindre mouvement les exaspérait. Elles empêchaient le sommeil et nécessitèrent une injection sous-cutanée de morphine.

Le malade entre le 6 août 1896, à la Maison Dubois, dans le service de M. le Dr Tuffier.

Examen. — Le ventre présente une voussure notable dans la portion gauche entre le rebord des fausses côtes et la crête iliaque. — On y constate la présence d'une masse dure, non fluctuante, compacte, occupant tout l'hypochondre gauche, s'étendant des dernières côtes à deux ou trois travers de doigt de l'arcade de Fallope, dépassant de deux travers de doigt la ligne médiane au niveau du creux épigastrique. A ce niveau on sent nettement le bord tranchant échancré de cette masse qui semble être formée par la rate hypertrophiée. A la ponction on reconnaît que la matité est complète dans les limites de la tumeur et qu'elle s'étend en haut de la 5^e côte gauche.

Opération, 8 août 1896. — Une ponction est d'abord faite avec le trocart de l'appareil Potain ; il ne s'écoule qu'un peu de sang. — Aussitôt après, M. Tuffier a pratiqué une incision en croix au-dessus du rebord costal gauche, la portion verticale de l'incision mesurant 10 à 15 centimètres. Dès l'ouverture du péritoine on aperçoit un énorme caillot, derrière lequel fit irruption un flot de sang rouge provenant de la piqûre faite par le trocart. La compression à l'aide du doigt suffit à arrêter cette hémorrhagie. On peut alors examiner les dimensions de la rate qui s'étend de la partie droite du ventre un peu au dehors de la ligne médiane, à un point de l'hypochondre gauche très profondément situé sous les côtes et qu'il est impossible de fixer exactement. Après agrandissement de l'incision pariétale on peut mobiliser suffisamment la rate pour sortir de l'abdomen son extrémité droite et antérieure. On place sur le pédicule deux pinces, entre lesquelles on le sectionne. A ce moment, il est impossible d'extraire la rate qui se trouve retenue profondément. On place une série de pinces sur le pédicule qui s'étend jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure de l'organe et on parvient ainsi à faire basculer l'organe de plus en plus en dehors.

Au moment de son extraction une hémorrhagie abondante se produit, provenant de la partie supérieure du pédicule. On place six ligatures à la soie. La rate ne présentait pas d'adhérences avec la paroi des organes abdominaux.

Fermeture complète de l'abdomen.

Durée de l'opération : une heure un quart.

Examen de la rate. — Poids 1,130 gr.; long. (diamètre transversal) 31 centim.; largeur (diamètre vertical) 19 centim.; épaisseur (diamètre antéro-postérieur) 5 centim. — Une petite rate accessoire était située derrière le pédicule de la rate principale et indépendante d'elle.

Suites opératoires. — Avant la fin de l'opération on avait injecté un centi-

mètre cube d'éther dans la cuisse. Dès que le malade est replacé dans son lit, on pratique une injection intra-veineuse de 1,600 gr. de sérum artificiel.

Le soir, cette injection est répétée. Quantité d'urine : un litre. Le malade ne souffre pas.

9 août. Température du matin : 38°. Deux injections intra-veineuses de sérum de 1,500 gr. chacune. Urines : 750 gr. — Température vespérale : 37°,7.

Le 10. Mort à 3 heures du matin de shock opératoire. — Autopsie impossible.

OBS. 205. — *Splénomégalie. Splénectomie. Mort.* (A. DELÉTREZ. *Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles*, 1896, n° 6. — *Presse médicale*, 24 février 1897, p. 87.)

Femme, 64 ans. Depuis un an et demi, douleur siégeant au côté gauche, sourdes, profondes et à caractère très aigu depuis quelques semaines. — Tumeur considérable occupant tout le côté gauche du ventre, s'étendant depuis la fosse iliaque jusque sous les fausses côtes et jusqu'à la région lombaire. Foie augmenté de volume. Chapelets de ganglions dans les aisselles et les aînes, dont certains atteignent le volume d'une noix. Rien du côté du petit bassin. Pas de leucémie. — Diagnostic : Hypertrophie de la rate sans leucémie.

Opération. — Incision médiane s'étendant de la région épigastrique à trois travers de doigt au-dessus du pubis. Les parois abdominales sont tellement amincies que le bistouri entame du premier coup le tissu de la rate, le sillon creusé par cette incision s'étend peu à peu et donne lieu à une hémorrhagie en nappe assez considérable. Incision de la peau et des couches musculaires, perpendiculaire à la première. Extirpation d'une rate pesant 2,500 gr. et ne présentant aucun néoplasme.

État général. — Assez précaire après l'opération. Œdème des membres inférieurs. — La plaie offre un mauvais aspect et laisse suinter une grande quantité de sérosité purulente. — Malgré une amélioration qui semblait se manifester depuis quelques jours, la malade meurt cinq semaines après l'opération.

OBS. 206 (inédite). — *Hypertrophie de la rate. Splénectomie. Mort.* (G. RICHELLOT.)

Sophie B..., entre le 25 janvier 1896 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Richelot.

Dans son enfance la malade a présenté des adénites tuberculeuses du cou, dont elle porte actuellement les traces.

Depuis un an environ elle a noté l'existence d'une tuméfaction située dans l'hypochondre gauche et dont le développement s'est fait progressivement. Bientôt apparut une douleur dans l'épaule gauche. La malade n'a jamais eu d'urticaire. Elle est faible et se plaint de palpitations.

On constate la présence dans l'hypochondre gauche d'une tumeur indolore à la pression, lisse, mate à la percussion. La zone de matité s'étend de la rate au foie. La malade est notablement anémiée.

M. Richelot pose le diagnostic de tumeur du foie ou de la rate, probablement de nature hydatique.

Opération, 3 février 1896. — Laparotomie médiane. La rate est énorme, non kystique. Son extraction n'est pas très difficile. Ligature et section du pédicule.

Rate. — Vide de sang, pèse 2.300 gr. ; le sang qu'elle renfermait pèse environ 1.200 gr.

La malade meurt le 6 février avec les phénomènes de péritonite.

Cette mort s'est présentée dans des conditions qu'il est utile de rappeler : Deux jours avant l'opération, M. Richelot avait eu à examiner une malade atteinte d'angine avec phénomènes généraux extrêmement graves. Le même jour il fit deux hystérectomies abdominales qui furent rapidement suivies de mort d'infection. Le lendemain il pratiqua, comme traitement d'une coxalgie hystérique, une incision superficielle de la cuisse qui suppura abondamment. Le surlendemain enfin il fit cette splénectomie. On s'aperçut dans la même journée que la malade atteinte d'angine, qui était notée dans le service, présentait un érysipèle de la face qui s'étendit au cou, à la poitrine et dont elle guérit, du reste. C'était là, à n'en pas douter, que se trouvait l'origine de ces désastres opératoires.

OBS. 207 (inédite). — *Splénomégalie. Splénectomie. Mort.* (G. RICHELOT.)

Eugénie P..., âgée de 18 ans, couturière, entre le 20 novembre 1896 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Richelot.

Les premières règles, apparues à 11 ans et demi, ont été douloureuses. Dans la suite les douleurs ont diminué d'intensité, puis ont cessé complètement. Pas d'accouchements, pas d'avortements.

Depuis trois ans de violentes douleurs ont réapparu et augmentent d'intensité aux époques menstruelles. Depuis six mois, la malade perd abondamment en blanc. Elle dit être souvent atteinte par des accès de fièvre suivis de frissons et de sueurs.

Le ventre est gros, peu douloureux à la pression, sauf dans sa partie gauche. On y sent une tumeur volumineuse, dont le bord supérieur bien net remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic à gauche, dont le bord inférieur descend jusqu'à deux ou trois travers de doigt de la symphyse pubienne et dont le bord droit déborde la ligne médiane de 5 à 6 centimètres. La matité est absolue au niveau de la tumeur.

M. Richelot pense d'abord à un kyste de l'ovaire. Le matin de l'opération il rectifie son diagnostic et estime qu'il s'agit d'une splénomégalie. — Il n'existe pas d'hypertrophie ganglionnaire. Aucun signe de leucocythémie.

Opération, 26 novembre 1896. — Laparotomie médiane. La tumeur est constituée par une énorme rate qui s'étend du flanc gauche au pelvis. M. Richelot parvient à l'énucléer, non sans déterminer une déchirure du parenchyme splénique. Le pédicule est facilement ligaturé, puis sectionné. Une sorte de bouillie, formée par du sang noir, provenant du tissu de la rate, se répand dans

le ventre au moment de la section du pédicule. On l'éponge soigneusement. — En somme, opération assez facile et de durée moyenne.

Dans la journée la malade s'affaiblit de plus en plus. Elle meurt dans la soirée.

OBS. 208. — (PANZERI. *Communication verbale*. — IN DANDOLO. *Gaz. med. lombarda*, 1863, 109; obs. 44.)

Femme de 17 ans. Hypertrophie simple de la rate. Splénectomie (1883). Guérison.

OBS. 209. — *Hypertrophie simple de la rate. Splénectomie. Guérison.* (LENNANDER. *Upsala Lakareforenings. Förbindlingar*, 1892-3, XXVIII, n° 6, p. 397-409. — *Wiener klin. Woch.*, 1893, 30. — *The Universal med. journ.*, décembre 1893, vol. 7 (old series) ou I (new series) p. 352.)

Femme de 28 ans, entre à l'hôpital le 4 septembre 1892. Jamais de paludisme. Elle « sent sa rate » depuis l'âge de 14 ans. Accouchement il y a deux ans. Depuis cette époque la rate a commencé à augmenter; elle est devenue douloureuse il y a un an. — Pendant le dernier été la malade se sentait fatiguée et n'avait pas d'appétit. — Le 18 août elle est tombée malade subitement; elle ressentait dans le ventre de fortes douleurs, qui ont persisté depuis cette époque. — Du 7 au 10 septembre, repos au lit.

Les téguments ont un teint jaunâtre. Temp. : 36°,5 à 37°,2. P : 83. Inappétence. Constipation. Somnolence. Hématurie, albuminurie, glycosurie. Faiblesse. Borborygmes. Douleurs dans tout l'abdomen, surtout à l'ombilic, avec irradiation vers le dos, le creux de l'aisselle, le thorax, le bas-ventre, les cuisses. — Ventre distendu; partout sensible, mais surtout dans la région ombilicale et au niveau de la face antérieure de la rate. Foie un peu gros; sa matité commence en haut du niveau de la 5^e côte, descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du rebord costal. — Rate très volumineuse; son bord antérieur est à droite de la ligne médiane; son bord inférieur atteint la crête iliaque. — Respiration faible et expiration prolongée à la partie postérieure du poulmon droit.

Examen du sang : G. R. 4;600.000 = 1 G. B. : 315 G. R.
G. B. 14,000

État, du 12 au 26 septembre. — Teint moins jaunâtre; recrudescence des douleurs; faiblesse. La malade désire être opérée.

Diagnostic. — Hypertrophie simple de la rate; cholélithiase probable.

Opération, 13 septembre. — Hémorrhagie pendant le dégagement de la rate. Pédicule splénique court. Pas de calculs dans la vésicule biliaire; adhérences de la vésicule avec le duodénum. — Après l'opération le pouls est à 150; il était à 120 avant l'opération.

Rate. — Poids 1.000 gr. (après écoulement du sang contenu); longueur, 24 centim.; largeur, 4 centim.; épaisseur, 5 centim.

Suites. — La fréquence du pouls diminue progressivement. Pendant deux

jours la température est de 32°,3. Puis l'état général devient excellent ; retour du sommeil et de l'appétit.

La malade, revue quelque temps après, se porte bien.

OBS. 210. — (FIBBI. *Raccoglit. med.*, 1892, p. 425. — D'après DANDOLO. *Gazz. med. lombarda*, 1893, p. 109.)

Garçon de 5 ans. Splénomégalie primitive. Splénectomie.

Guérison. Poids de la rate, 730 gr.

OBS. 211. — (TRICOMI. *Congrès intern. des sc. méd.*, Rome, 1894. — *Mercredi méd.*, 1894, 232. — In T. VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 509; obs. 5.)

Maria A., 24 ans, mariée, habitant un pays à malaria. Hypertrophie simple de la rate.

SPLÉNECTOMIE, 6 mai 1893. — Incision le long du bord externe du muscle droit à gauche. Fragmentation du pédicule en six portions. — Durée : une heure.

Guérison, qui se maintenait parfaite en octobre 1893. Pas d'hypertrophie ganglionnaire ni thyroïdienne.

Poids de la rate : avec le sang 1.300 gr., sans le sang, 1.120 gr.

Sang. — Avant l'opération : Un G. B. pour 380 à 400 G. R.

Hémoglobine 79 à 82.

Après l'opération : Un G. B. pour 390 à 420 G. R.

Hémoglobine 81 à 83.

OBS. 212. — (A. CECI. *Il Policlinico*, 13 août 1894, fasc. 9, 403; obs. II. — D'après la *Revue des Sciences médicales*, t. 46, p. 260.)

Enfant de 13 ans. Hypertrophie essentielle de la rate depuis deux ans, consécutive à un traumatisme abdominal.

Splénectomie. Guérison rapide.

OBS. 213. — *Hypertrophie splénique chez une enfant de cinq ans. Splénectomie. Guérison.* (J. BLAND SUTTON. *Lancet*, 19 octobre 1895, p. 974; obs. I.)

Fille de cinq ans, présentant une tumeur abdominale qui s'étendait du rebord costal à la fosse iliaque. A la palpation on sentait les sillons caractéristiques. Anémie. On rejette les diagnostics de syphilis, rachitisme, leucocythémie.

Le traitement médical ne donne aucun résultat.

Ablation d'une rate pesant 300 gr. (août 1895).

Suites très simples. La malade se promenait le treizième jour après son opération.

L'enfant revue en juin 1897, était en excellente santé (*communication écrite*).

OBS. 214. — *Hypertrophie splénique. Splénectomie. Guérison.* (J. BLAND SUTTON. *Lancet*, 19 octobre 1895, p. 974; obs. II.)

Une fille de 17 ans, amaigrie, hystérique, portait une tumeur volumineuse

occupant la moitié gauche de l'abdomen et s'étendant du rebord costal à la crête iliaque.

On s'était aperçu à l'âge de cinq ans de l'existence d'une tumeur dans le côté gauche du ventre ; mais elle n'avait causé de troubles que depuis deux ans. Depuis cette époque la malade ressent des tiraillements et a fréquemment des attaques de jaunisse et de vomissements. Le travail est devenu impossible.

Aménorrhée depuis trois mois, mais organes génitaux sains.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, l'ictère s'atténue et la tumeur commence à diminuer de volume. On comptait 4.500.000 globules rouges par millimètre cube, et 1 globule blanc pour 122 globules rouges.

Opération, août 1895. — Laparotomie, le long de la ligne semi-lunaire. L'extrémité inférieure de la rate est en rapport avec l'utérus. Ligatures. Ablation de la rate. La vésicule biliaire est dilatée ; l'estomac est dilaté.

Seize jours après, l'opérée quitte l'hôpital en excellente santé.

La rate vide de sang, pesait 2 livres et demie ; sa structure était normale.

Cette malade, revue en août 1897, était en bonne santé (*communication écrite*).

OBS. 215. — *Splénectomie pour splénolithiase. Guérison.* (BROHL. *Central-blatt für Chirurgie*, 2 avril 1896, n° 17, p. 409.)

Homme de 48 ans, ayant eu, en 1888, une hydronéphrose gauche, qui détermine de violentes douleurs. Le 24 octobre 1895, les douleurs lombaires sont devenues atroces ; faiblesse extrême ; hématuries.

Opération, 2 novembre 1895. — Après avoir mis à nu le rein, l'opérateur sent une tumeur, qu'on peut voir lorsqu'on soulève le rein ; c'est la rate. Ablation du rein, puis de la rate qui saigne et qui présentait une plaie sur son côté interne.

La rate mesurait 12 centim. de longueur, 9 centim. 5 de largeur, 2 centim. d'épaisseur ; elle renfermait plusieurs calculs qui occupaient ses portions superficielles et profondes.

Guérison simple. — Pas de modification dans la composition du sang. Pas d'hypertrophie ganglionnaire, ni thyroïdienne.

OBS. 216. — *Hypertrophie de la rate sans leucémie vraie, splénectomie. Guérison.* (TIMOTEO VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, t. II, p. 495, 507 et 510 ; obs. 15. — *Arch. gén. de méd.*, 1896, t. II, p. 363. — *Presse méd.*, 1896, p. 332.) — Opér. : E. TRICOMI.

Femme de 40 ans environ, dans les antécédents de laquelle on ne note rien de particulier. L'affection dont elle souffre actuellement date de cinq mois environ. A cette époque, après une très longue course elle fut prise subitement de douleurs intenses dans l'hypochondre gauche. Les douleurs ont duré cinq jours puis elles ont disparu ; mais cette disparition ne fut que momentanée. Bientôt les attaques reparurent dans toute leur intensité première, séparées les unes des autres par des périodes d'accalmie plus ou moins prolongées. Ses crises étaient

accompagnées de métrorrhagies considérables qui s'arrêtaient avec leur cessation. La malade entra à l'hôpital et on constata que dans l'hypochondre gauche elle portait une tumeur dont la surface était lisse, la forme convexe et la consistance dure. Cette tumeur se déplaçait pendant les mouvements respiratoires. Lorsqu'on exerçait sur elle des pressions, lorsque surtout on la tirait en bas, on déterminait des douleurs d'une grande intensité. On examina attentivement les viscères; mais, malgré des recherches scrupuleuses, on n'y découvrit rien de pathologique. L'examen du sang donna, au contraire, des résultats fort intéressants: si le nombre des globules rouges était à peu près normal (4.600.000), celui des globules rouges était, au contraire, augmenté dans des proportions tout à fait extraordinaires (19.000). Rapport: un G. B. pour 240 G. R. Hémoglobine 60 à 71 p. 100. Il était évident qu'il s'agissait d'une tumeur de la rate; mais on reste dans le doute au point de vue de sa nature.

Comme la malade souffrait beaucoup; comme, en outre, elle était dans l'impossibilité de marcher et de travailler, l'intervention s'imposait.

Opération, 19 novembre 1895. — Incision le long du bord externe du muscle droit. On rompt facilement les adhérences de la rate au diaphragme. Ligatures du pédicule qu'on a divisé en cinq portions. — Durée de l'opération, une heure.

L'opération terminée, le malade était dans un état très satisfaisant. Quant aux suites opératoires elles furent bonnes. Cependant la malade eut pendant plusieurs jours des douleurs dans l'hypochondre gauche auxquelles vint s'ajouter un hoquet assez pénible. La cicatrisation se fit par première intention, et, dix jours après l'opération, la malade put quitter l'hôpital à peu près guérie. L'hypochondre n'était plus douloureux à la palpation. On examina à ce moment le sang, et l'on constata la même proportion des globules rouges et des globules blancs qu'on aurait trouvée avant l'opération. Hémoglobine 71 p. 100. La rate, après l'expulsion du sang, pesait 950 grammes, et était longue de 25 centimètres et large de 10. L'examen microscopique fit voir qu'on avait affaire à une dégénérescence fibreuse de l'organe.

OBS. 217 — *Hypertrophie de la rate. Splénectomie. Guérison.* (SPANTON. *Annual meeting of the British med. association.* Londres, 1895. *British med. journ.*, 2 nov. 1895, p. 1090; obs. 3.)

Femme de 38 ans. Depuis quatre ans elle souffre dans le côté gauche, surtout quand elle fait un mouvement. Depuis deux mois elle a remarqué la présence d'une tumeur dans le côté gauche du ventre. L'accroissement de cette tumeur s'est fait rapidement depuis cette époque. La malade se plaint de dyspnée et de sueurs profuses.

État actuel. — Tumeur occupant les régions de l'hypochondre et des lombes, à gauche; son bord antérieur, qui va de l'extrémité antérieure de la neuvième côte gauche à cinq centimètres environ en dessous de l'ombilic, est arrondi et dur; on peut sentir son bord postérieur. La tumeur de consistance dure, est moins résistante en certains points, surtout en arrière; elle suit les mouvements

respiratoires ; elle est mate à la percussion. L'examen du sang ne révèle pas d'augmentation des G. B. Cœur et poumons normaux.

Opération, 11 mars. — Incision le long de la ligne semi-lunaire. On attire incomplètement la rate entre les lèvres de la plaie, en raison des adhérences qui la réunissent à la paroi abdominale et qu'on sectionne entre deux ligatures. Ligature et section du ligament suspenseur. On peut alors extraire facilement la rate. Double ligature à la soie sur le pédicule, et section de ce pédicule. Durée de l'opération, 35 minutes.

Examen de la rate. — Poids, 6 livres. Structure normale. Le soir la température monte à 39°,5 ; le pouls est à 100°, la malade se plaint de violentes douleurs dans la région splénique.

Puis la température et le pouls redeviennent normaux. Suites opératoires simples. A plusieurs reprises la température s'éleva de quelques degrés avec douleurs hypochondriques sans qu'on pût y découvrir la cause exacte (phlébite d'une des veines du pédicule, d'après Spanton.)

Actuellement (juillet 1895) la guérison est parfaite : l'état général est excellent.

OBS. 218. — *Splénomégalie primitive, épithélioma primitif de la rate (maladie de Gaucher. Splénectomie. Guérison.* (RAYMOND PICOU. *Bull. Soc. anatomique*. Paris, 28 juin 1896, p. 531. — R. PICOU et FÉLIX RAMOND. *Arch. de méd. expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1895, VIII, p. 168.) — Cas de BOUILLY.

Femme de 32 ans, née à Pélataz (Brésil), venue en France à l'âge de 4 ans, Pas de fièvres intermittentes. Menstruation irrégulière, mais abondante.

La malade attribue le début de son affection à une chute qu'elle aurait faite sur le ventre, il y a environ 4 ans. Depuis cette époque elle a toujours ressenti dans l'abdomen de vagues douleurs à siège indécis. Il y a environ un an, ces douleurs sont devenues plus tenaces, en même temps que chaque écoulement mensuel semblait prendre des proportions de plus en plus inquiétantes.

Véritables ménorrhagies Depuis un an également, de petits mouvements fébriles accompagnés de céphalalgies et revenant à intervalles très réguliers. Parfois au milieu de ces accès une vive douleur se manifeste dans la région épigastrique.

Les digestions sont laborieuses, surtout après le repas du soir et la malade a dû renoncer à l'usage du corset. Depuis le mois de mars de cette année les gencives se sont tuméfiées, sont devenues fongueuses et se sont mises à saigner assez fréquemment : les incisives ont perdu leur solidité, sont devenues branlantes. La mastication est devenue difficile. Aussi, se nourrissant d'une manière insuffisante, cette jeune femme a-t-elle vu son mal empirer.

Les douleurs abdominales sont devenues plus vives, s'irradient dans les deux membres inférieurs, mais principalement dans le gauche. Il y a environ 3 mois que la jambe gauche, parfois la droite devient, vers la fin de la journée, le siège

d'un œdème passager débutant au voisinage de malléoles et se résorbant assez vite dès que la malade est couchée.

Quand elle entre à l'hôpital, elle offre un teint pâle, subictérique. Les douleurs vagues et erratiques qu'elle accuse dans l'abdomen présentent depuis plusieurs jours deux points particulièrement fixes siègeant : l'un dans l'hypochondre droit et l'autre dans le gauche. La démarche est pénible. L'examen du sang n'a malheureusement pas été pratiqué avant l'opération. A l'examen, on trouve par la palpation une énorme tumeur de consistance fibreuse, paraissant s'élever du petit bassin dans lequel elle plonge complètement. La percussion ne révèle au-devant d'elle la présence d'aucune anse intestinale. Cette malade étant vierge, le toucher vaginal n'a pu être pratiqué et le toucher rectal n'a fourni que des données tout à fait incertaines. Etant donné les ménorrhagies, l'état profondément anémique, les caractères physiques et la situation médiane d'une tumeur paraissant s'élever du petit bassin avec fond incliné à gauche ; étant donné surtout l'impossibilité de pratiquer le toucher vaginal combiné au palper, tous les chirurgiens qui avaient examiné cette jeune femme avaient songé à un volumineux fibrome de l'utérus.

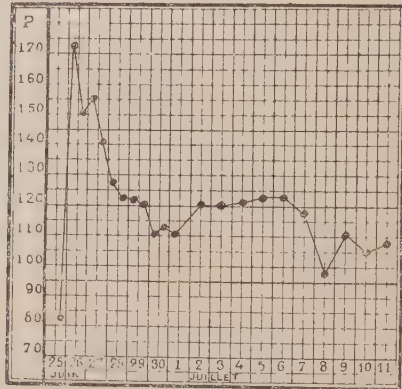
Opération, 25 juin 1895. — A peine la paroi est-elle incisée sur la ligne médiane, dans une étendue de 15 à 20 centimètres, que l'on découvre une énorme tumeur partout lisse, partout libre d'adhérences, présentant une coloration rouge foncé. M. Bouilly, reconnaît aussitôt qu'il s'agit d'une rate énormément hypertrophiée, bien qu'ayant conservé sa forme normale. Cette rate est placée transversalement dans l'abdomen. Elle tient profondément aux parois de l'hypochondre par un pédicule qui se laisse facilement élonger. A l'exemple de Thornton, M. Bouilly assure d'abord le pédicule par deux ligatures en chaîne, jette autour une troisième ligature totale, et finalement sectionne ce dernier à un bon travers de doigt et demi loin de la ligature.

Ayant examiné le malade après l'opération nous n'avons trouvé nulle part des ganglions hypertrophiés et le foie paraissait avoir des dimensions normales.

Le lendemain de l'opération la malade paraissait affaissée, le pouls marquait 170 p. à la minute ; les jours suivants, il est resté très rapide, mais en diminuant progressivement de fréquence.

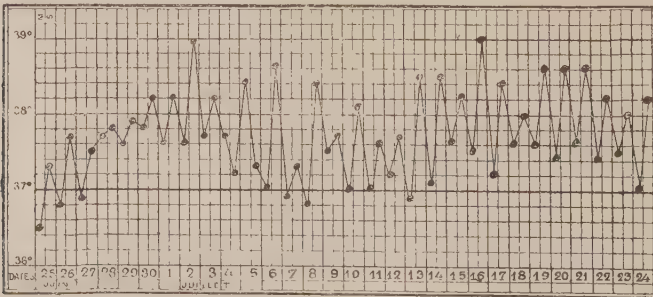
(Voir le tableau ci-contre.) Pendant toute cette période, la malade était très oppressée. A partir du 30 juin, jusqu'à la fin la température a presque tout le temps oscillé autour de 38°. C'est que depuis cette date il s'est formé à gauche, au niveau du pédicule, dans la région de la ligne axillaire postérieure et au niveau de la neuvième côte, un foyer de pleurésie sèche qui a tout le temps persisté, depuis cette époque, en donnant lieu à des douleurs en ce point. Le 2 juillet, les points de suture sont enlevés : réunion parfaite des deux bords de l'incision de la paroi. Le 5 juillet, la température matinale atteint 38°,4 : rien du côté de la plaie, si ce n'est de légères ecchymoses de part et d'autre au-dessous de la peau. La malade, toujours faible, ne prend encore presque pas de nourriture. Le 8 juillet, coloration subictérique de la conjonctive avec teinte légère des téguments. En examinant le foie, on sent son bord inférieur à deux

travers de doigt au-dessous des fausses côtes au niveau de la ligne mamelonnaire. Sur cette même ligne, la matité hépatique mesure près de 15 centimètres. Les jours suivants l'appétit revient un peu : on donne à la malade, à l'intérieur, de la pepsine avant chaque repas et du protoxalate de fer. Le pouls se maintient toujours dans les environs de 90 p. à la minute ; la température oscille toujours



entre 37° et 38°, 5, sans qu'on puisse expliquer la raison de cette élévation thermique.

Quand la malade a quitté l'hôpital (27 juillet), elle était encore très faible, éprouvant toujours de la répugnance pour les aliments. A cette époque nous avons recherché chez elle la réaction du salol. Le salol a été décomposé en



acide salicylique et acide phénique. Quelques jours avant sa sortie de l'hôpital, plusieurs examens de ses urines nous avaient révélé la présence de l'urobiline dans ce liquide, présence coïncidant avec l'augmentation de volume du foie. La région hépatique était d'ailleurs le siège d'un point douloureux, se manifestant par intervalles depuis le 8 juillet.

Nous avons pu suivre cette malade après sa sortie de l'hôpital; son état local est à peu près resté le même, mais son état général paraissait amélioré, malgré une bronchite simple avec gros râles muqueux aux deux bases, qui, ayant fait son apparition vers la dernière semaine du mois d'août, n'a pris fin qu'au mois d'octobre dernier. Nous avons recherché à cette époque la bacille de Koch dans les crachats; tous nos examens ont été négatifs; des crachats inoculés le 7 octobre dans le péritoine de trois cochons d'Inde, n'ont déterminé la tuberculose chez aucun de ces animaux sacrifiés, 38 jours après l'inoculation. Cependant cette bronchite, bien que non tuberculeuse, avait affaibli la malade qui vers le commencement du mois d'octobre ne pesait plus que 35 kilogr. Nous avons reçu de ses nouvelles le 22 novembre; à cette date son foyer pleurétique persistait toujours à gauche; mais la malade se trouvant depuis 1 mois 1/2 sur le littoral de la Méditerranée, avait vu son poids augmenter de 12 kilogr., si bien qu'à cette époque elle pesait 47 kilogr. A l'heure actuelle (27 novembre) son médecin nous écrit que son état général paraît toujours assez incertain; le foie paraît grossir et devenir douloureux; le foyer de pleurésie provoque toujours des quintes de toux et des douleurs assez fatigantes; enfin il y a de la fièvre subcontinue avec exaspérations vespérales.

Le pronostic reste par conséquent toujours en suspens.

Examen du sang.

	G. R.	RAPPORT	HÉMOGLOBINE
2 juillet.....	1.302.000	1 G. B. : 56 G. R.	
10 —	3.340.000	1 : 143	
26 —	3.004.000	1 : 126	0,50
16 septembre..	3.509.000	1 : 154	0,50

Examen de la rate. — Poids 2.800 gr. — Dimensions : 26 centim. 14centim., 9centim. — Coloration rouge. Consistance ferme. Cicatrice d'un ancien infarctus à son extrémité postéro-supérieure. La veine splénique a le volume de l'index; l'artère celui d'une fémorale. Dans la tête de la rate, gros ganglions et 2 ou 3 petites rates accessoires. — A la section, coloration gris rosé, uniforme.

L'examen histologique, exposé avec grands détails (1), a fait reconnaître dans la rate et les ganglions du hile une infiltration épithéliale, qui fait de cette observation un second cas de maladie de Gaucher (Épithélioma primitif de la rate).

Les cultures du suc de cette rate sont restées stériles. L'inoculation d'un fragment de rate à un cobaye n'a donné aucun résultat.

La malade a été revue par M. Bouilly au moins de janvier 1897, c'est-à-dire 18 mois après l'opération. Elle dit ne jamais s'être si bien portée; son appétit est excellent. Elle exerce un travail très fatigant qu'elle supporte facilement. Elle ne se plaint que d'une très légère douleur dans la partie inférieure et gauche de la poitrine.

(1) Voir. *Arch. de méd. expér.*, 1895, p. 76 et suiv.

VIII. — Splénectomies pour rate mobile ou en ectropie.

OBS. 219. — *Tumeur hypertrophique de la rate en ectopie fixe ; désordre digestifs et circulatoires, ascite. Splénectomie.* (ANDRÉA AONZO. *L'Indépendente*, n° 25, et *Annali universali di medicina*, Milan, novembre 1878. — *The American Journ. of the med. sciences*, 1882, p. 487. — FRANZOLINE. *Della estirpazione della Milza all'uomo*, Turin, 1882, p. 55. — LIEFFRING, obs. 4.

Femme de 24 ans. Accouchements. Existence d'une tumeur abdominale reconnue depuis deux ans. Perte d'appétit, vomissements, malaise intense, anémie progressive. — Tumeur dure, ellipsoïde, immobile, — tombée dans l'excavation pelvienne. Ascite. — L'examen du sang ne fut pas pratiqué. — La malade réclame l'opération en raison de ses souffrances.

Opération, 16 juin 1878. — Incision sur la ligne blanche, juste au-dessus du pubis, allant à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic. Évacuation du liquide ascitique. Rate adhérente à l'épiploon, à la voûte du diaphragme et à la région lombaire. Adhérences facilement rompues avec le doigt et rate attirée au dehors. — Ligature du ligament gastro-splénique, qui atteignait 16 centimètres de longueur, avec un double fil métallique. Fixation du pédicule à l'angle supérieur de la plaie. — Durée de l'opération : 40 minutes.

Mort 3 heures après par collapsus. Les détails précis sur l'autopsie manquent.

Examen de la rate. — Rate colossale. Poids (rate vidée de sang) : 4. 510 gr. — Longueur : 38 centim.; largeur : 20 centim.; épaisseur : 8 centim.

OBS. 220 (inédite). — *Rate hypertrophiée et mobile. Splénectomie. Mort par hémorrhagie (chute d'une ligature).* (GÉRARD MARCHANT.)

En janvier 1895, entré à l'hôpital Tenon, dans mon service, une femme de 43 ans, atteinte d'une tumeur siégeant à la partie antérieure de l'estomac, et s'accompagnant de troubles digestifs, et surtout de vomissements survenant après le repas.

Cette tumeur était du volume de deux poings d'adulte, dure, rénitente, arrondie, mobile avec les mouvements respiratoires. Elle semblait réductible, dans une certaine mesure ; mais, quelle que fût la pression, la main ne perdait jamais contact avec elle.

Bien placée sur la face antérieure de l'estomac, c'est-à-dire située plus à gauche qu'à droite de la ligne médiane, elle semblait faire corps avec cette paroi antérieure ; et, comme elle s'accompagnait de vomissements, on était porté à admettre une lésion de cet organe.

Le diagnostic de kyste hydatique du foie, développé aux dépens du lobe gauche, fut discuté, de même que celui de tumeur de la rate ; mais il n'existait aucun caractère objectif, aucun antécédent qui permettait de reporter à cette glande l'origine des accidents.

Une laparotomie exploratrice fut proposée et acceptée. Nous nous trouvâmes

en présence d'une énorme tumeur formée par la rate, ectopiée. Elle était contigüe à l'estomac, et si volumineuse qu'elle ne pouvait être réintégrée dans l'hypocondre gauche, c'est-à-dire dans sa loge. La portion pré-stomacale était aplatie, comme excavée, moulée sur l'estomac, et, en raison de ces connexions, on devinait que mécaniquement elle pouvait réagir sur cet organe, provoquer des contractions, au moment de sa distension par les aliments, et déterminer ainsi des vomissements.

Je pensai que j'étais autorisé à enlever cette énorme rate, en raison de la connexion et des troubles fonctionnels qu'elle provoquait.

Le pédicule était étiré, allongé, occupant une grande hauteur, et les vaisseaux qui le constituaient étaient énormes, ayant les dimensions par places d'un demi-petit doigt, à coup sûr d'un gros porte-plume.

Nouveau venu dans le service et pris au dépourvu par cette rate hypertrophiée, je n'avais à ma disposition qu'une instrumentation sommaire, quelques mauvais clamps droits !

Je dus saisir ce long pédicule en deux fois, et l'étreindre par une double ligature en chaîne. Tout cela fut très simple, dura à peine quelques minutes ; mais mes deux ligatures me laissèrent quelque crainte au point de vue de la sûreté de l'hémostase, bien que les deux pédicules eussent été liés avec une soie solide.

Dans la soirée la malade fut prise de suffocation, de syncopes, avec rapidité du pouls, pâleur du visage, sueurs. Je revins à l'hôpital ce même soir à minuit, et à ce moment, l'état général était si grave que je jugeai la situation perdue, et inefficace une deuxième laparotomie pour remédier aux phénomènes d'hémorrhagie.

L'opérée succomba dans la nuit. A l'autopsie on trouva dans le péritoine mille grammes environ de sang, c'est-à-dire une quantité moins considérable que celle que l'on pouvait supposer. Une des sutures avait glissé, sur une partie seulement du pédicule, et les vaisseaux ainsi libres en dehors de la ligature avaient amené cette hémorrhagie.

Ce fait m'a profondément attristé, d'autant plus que j'attribuais cet échec à mon instrumentation défectueuse. Il faut, en pareil cas, pincer les vaisseaux par petits paquets, faire une série de ligatures. La striction dans ces cas portant sur une petite épaisseur peut être parfaite, et on se met ainsi presque sûrement à l'abri de l'hémorrhagie. J'ai employé cette façon de faire dans l'ablation de tumeurs abdominales dont le pédicule, ressemble à celui qui constitue les vaisseaux courts, et je n'ai plus eu à déplorer de malheurs opératoires semblables.

OBS. 221. — *Hypertrophie de la rate. Pas d'adhérences ; ablation complète ; pédicule fixé à l'angle supérieur de la plaie. Guérison.* (PÉAN. *Gaz. des hôpitaux*, 1879, n° 84. — *Des tumeurs de l'abdomen*, 1880, p. 1059. — FOUBERT, obs. 13.)

M^{me} D .., 24 ans, assez bien constituée ; pas de trace de scrofule, peau pâle, teinte ictérique des conjonctives, un peu de bouffissure de la face. Quatre accouchements. N'a vu que huit fois ses règles en sept ans.

Le début, mal déterminé, a été reconnu pour la première fois il y a dix-huit

mois. Depuis, développement rapide. Il s'est traduit d'abord par une pesanteur dans l'hypochondre gauche, puis par des douleurs vives, revenant par crises avec paroxysmes. Appétit diminué, vomissements au moindre effort, obligation de garder le lit, toux quinteuse, hématemèses, perte des forces, vomissements de plus en plus fréquents, douleurs atroces, cauchemars affreux.

Lors d'un premier examen, en février 1876, la tumeur remplissait presque toute la cavité abdominale ; ferme, dure, charnue, mobile, partant de l'hypochondre gauche pour descendre dans l'excavation pelvienne et envoyant un prolongement dans la fosse iliaque droite. Pas d'ascite.

En avril, deuxième examen : La surface antérieure de la tumeur est entièrement convexe, sans sillons ni dépressions, sans bosselures ni divisions sur les bords. La forme est celle d'un ellipsoïde dont l'une des deux extrémités émerge de l'hypochondre gauche, l'autre venant s'appliquer sur la fosse iliaque droite. Par en bas, la tumeur plonge dans l'excavation pelvienne. La peau ne présente point de vascularisation. La tumeur est toujours ferme et charnue ; nulle part de fluctuation ; la paroi abdominale partout mobile à la surface, pas de bords tranchants reconnaissables au palper ; pas d'ascite. Le toucher vaginal montre que l'utérus est normal et indépendant.

A cette époque la malade ne vient pas demander si une opération peut être utile ; elle supplie de la pratiquer. Son mari lui-même déclare qu'elle est disposée à se suicider, pour se soustraire à ses souffrances.

Sur les instances de MM. les Drs Routier et Petit, se fondant sur l'état général de M^{me} D..., sur les douleurs qu'elle endure, sur la marche rapide de la tumeur, et sur ce fait que d'autres chirurgiens, croyant à un kyste de l'ovaire, étaient sur le point de l'opérer, l'opération est décidée et pratiquée le 25 avril.

Incision sur la ligne blanche depuis 8 centimètres au-dessus du pubis. La tumeur apparaît, entièrement coiffée par l'épiploon ; celui-ci, relevé de bas en haut est refoulé à droite de la tumeur sous l'hypochondre droit.

La tumeur se montre alors avec une couleur d'un rouge violacé qui ne permet plus de douter qu'il ne s'agisse de la rate. Saisie à son extrémité inférieure soulevée sur les doigts, elle est ensuite engagée de champ entre les lèvres de la plaie. Ce dégagement se fait graduellement. Pas d'adhérences. Lorsqu'il est complet, la rate repose sur le dos des mains des aides qui écartent les parois. L'épiploon gastro-splénique, qui a environ 0,15 centimètres au niveau du hile, contient des vaisseaux sanguins et lymphatiques énormes, notamment une veine splénique du volume de l'index. Ligature en masse avec un fort fil métallique sur l'épiploon gastro-splénique, en tâchant d'éviter le pancréas. Une couronne d'éponges étant disposée autour du pédicule, on excise d'un seul coup la rate au niveau du hile en la renversant vivement en dehors. Près d'un litre de sang s'échappe en un gros jet des cellules spléniques mais rien ne tombe dans le ventre. A part cela, la malade n'a pas perdu 30 gr. de sang pendant l'opération. Pédicule fixé entre les lèvres de la plaie à la partie supérieure. Durée : une heure et demie.

Examen de la tumeur. — Vidée de sang, elle pèse 1,125 gr. ; longueur,

22 centim., largeur 12 centim. Réduite de moitié dans ses dimensions par suite de l'issue du sang. Hypertrophie générale portant sur le parenchyme ; capsule non hypertrophiée ; consistance charnue.

Suites. — Réveil rapide. Facies excellent. Souffre peu. Très peu de fièvre. Appétit dès le 3^e jour. Le troisième jour, pouls 80 à 100, hématurie qui disparaît les jours suivants. — 2 mai, chute du pédicule. Petit abcès de la paroi abdominale au niveau de la plaie. Les forces reviennent rapidement. Quitte la maison de santé le 22 mai. Guérison parfaite.

OBS. 222. — *Rate déplacée et hypertrophiée. Extirpation. Guérison.* (MARTIN. *British med. Journ*, 9 février 1878, p. 191. — CZERNY. *Wiener med. Woch.*, 1879, n^{os} 13 et suivants. — PÉAN, p. 1070. — FOUBERT, obs. 21. — In LIEFFRING, obs. 3.)

Pauline B..., atteinte dès son jeune âge de scoliose rachitique. — A 21 ans, courte attaque de rhumatisme articulaire. A partir de cette époque, battements de cœur. — Deux grossesses, l'une en 1871, l'autre en 1875.

Environ un an après, vives douleurs du côté gauche du ventre et premiers symptômes d'une endocardite mitrale. A cette époque fut porté le diagnostic de déplacement de la rate. — Traitée sans succès par les divers agents médicaux la malade constate une aggravation de son état (amaigrissement, impossibilité travailler, dyspepsie, palpitations).

Rapport normal des globules rouges et des globules blancs.

A la percussion, on constate l'absence de la situation normale de la rate qui tantôt revient à sa place ordinaire, tantôt est impossible à découvrir, et enfin vient se placer dans le détroit supérieur du bassin. Par le vagin, on peut l'atteindre facilement.

Douleurs vives, disparaissant lorsque la rate reprend sa place normale.

Opération, 13 mai 1877, — La rate est amenée sur la ligne médiane sous la paroi abdominale et maintenue solidement. Incision de 10 centimètres au-dessus de l'ombilic. — Recherche avec la main introduite dans l'abdomen de la rate qui a échappé aux aides pendant la section des parois abdominales. — Hile complètement libre d'adhérences sur une étendue de 6 centimètres. A son niveau s'insèrent trois groupes de vaisseaux distincts les uns des autres, faciles à voir au-dessous des replis péritonéaux transparents. Le groupe vasculaire supérieur ne contient qu'une artère qui est mise à nu et liée, soie tressée. Les deux groupes suivants sont liés l'un après l'autre, sans autre accident qu'un épanchement assez considérable qui s'étend entre les replis péritonéaux jusqu'à la rate elle-même, et fuse même en bas jusque dans la cavité abdominale. — Pour prévenir toute hémorrhagie, autour des trois ligatures précédentes en est placée une quatrième, puis la rate est enlevée sans hémorrhagie ni perte de sang sérieuse. — Durée de l'opération : 28 minutes. — Le quatrième jour, réunion par première intention de la plaie abdominale. Le neuvième le malade se lève. — Rétablissement des règles. Les digestions redeviennent bonnes. Les signes de l'affection cardiaque s'amendent. — Disparition complète des

douleurs. — Pas de modifications du sang. — Trois semaines après l'opération la malade vaque à ses travaux domestiques.

La rate était légèrement augmentée de volume et de poids : Le parenchyme et les vaisseaux n'avaient pas subi de transformations pathologiques.

OBS. 223. — *Splénomégalie. Splénectomie. Guérison.* (CZERNY, de Heidelberg. *Wiener med. Woch* 1879, nos 13 et suivants. — PÉAN, p. 1074. — FOUBERT, obs. 22. — LIEFFRING, obs. 5.)

Femme Betti S..., 24 ans, d'une bonne santé antérieure. Un accouchement en 1873, deux en 1874. N'a jamais habité de pays à malaria. — Trois mois après le dernier accouchement, métrorrhagies, vertiges, insomnies, maux de tête. Le 5 mars 1878, le chirurgien constate la présence d'une tumeur réniforme dans l'hypochondre gauche, commençant au rebord des fausses côtes, dont le bord concave regarde à droite et se trouve près du nombril. Surface lisse; consistance molle, pâteuse, pas de fluctuation; on peut soulever le bord inférieur jusqu'au nombril; à droite on peut lui faire dépasser le bord droit du muscle droit; long. 22 cent.; larg. 11 cent. — La matité hépatique commence sur la ligne mamillaire à la 6^e côte et va jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Région splénique mate, depuis la 8^e côte jusqu'au rebord des fausses côtes; en dedans et au bas, la tumeur est recouverte d'intestins. — Ovaires sensibles. — Poumons et cœur normaux. — Examen du sang, rien d'anormal. — Urines : beaucoup d'urates, quelques cellules vésicales, cristaux, phosph.-amoniaco-magnésien, pas d'albumine.

En raison de la forme de la tumeur, de la différence de sonorité lombaire (position gènu-pectorale), plus claire à gauche, de l'altération de l'urine, du recouvrement de la tumeur par les intestins (diagnostic porté par M. Friedreich : rein mobile); on décide l'extirpation, en raison de la dégénérescence probable de l'organe, en raison des douleurs à la pression.

Opération; 1^{er} juillet 1878. — Incision médiane de 12 centim. (au-dessus et au-dessous de l'ombilic). Immédiatement la rate apparaît être la tumeur. Extraction de l'organe non adhérent; compression par les aides du pédicule; ligatures successives, section, réduction.

Poids de la rate exsangue : 365 gr. Long., 23 centim.; larg, 12 centim.; épais., 6 centim. — Hypertrophie simple (examen par Arnold).

Suites opératoires simples. — 13 juillet : Ganglions inguinaux droits, tuméfiés, douloureux. Réunion parfaite de la plaie abdominale, — 14 : Ganglions inguinaux gauches tuméfiés, douloureux. Appétit meilleur. Douleurs abdominales. — 19 : lever. — 4 août : sortie. Aspect extérieur satisfaisant. Ganglions encore tuméfiés. — 20 juillet et 3 août. Sang : 1 globule blanc pour 300 rouges.

Revu la malade les 31 septembre, 21 novembre 1878, 15 janvier 1879. Amélioration rapide par séjour à la campagne; baisse après retour à la maison.

Nutrition bonne, épistaxis fréquentes, courtes. Hypertrophie ganglionnaire disparue. Sur la ligne axillaire gauche, matité de la 8^e côte jusqu'au rebord costal.

Examen du sang (Henck.) — Diminution légère des hématies. Finalement taux normal.

Donc, état très satisfaisant.

OBS. 224. — (E. YOUNKIN. *Amer. med. J.*, Saint-Louis, 1884, XII, 289.)
Rate mobile. Splénectomie. Guérison.

OBS. 225. — *Sarcome primitif de la rate. Splénectomie. Guérison.* (V. HAECKER. *Soc. des méd. de Vienne*, 28 mars 1884. — *Congrès de chirurgie de Berlin*, 1884. — *Wien. med. Presse*, 1884, XXV, 435. — *Gesells. f. chir.*, Berlin, 1884, XIII, 30. — *Lancet*, 7 juin 1884, p. 1046. — FOUBERT, obs. 32.) Opér. : TH. BILLROTH (3^e cas de BILLROTH).

Femme, 43 ans. Il y a dix ans, elle a remarqué une résistance dans la région lombaire gauche. Il y a sept ans, existait en ce point une tumeur, sensible à la pression, du volume des deux poings. Depuis deux ans, accroissement rapide de la tumeur qui est devenue très douloureuse. Les douleurs s'irradient dans l'épaule. Oppression. La malade réclame l'opération.

État actuel. — Tumeur abdominale ; long. 25 centim. ; larg. 16 centim. ; très mobile ; face antérieure lisse ; la face postérieure présente des saillies ; au niveau du bord inférieur tranchant, on sent deux encoches. Foie normal. Matité étendue au niveau de la région splénique. Pas de leucémie.

Opération, 20 mars 1884. — Pas d'adhérences au niveau de la face convexe de la rate. Adhérences de la face concave avec l'intestin et l'épiploon. La libération de ses adhérences, dont quelques-unes sont liées, détermine une hémorrhagie assez considérable qu'on arrête par la compression à l'aide d'éponges. Artère et veine spléniques liées séparément ; six ligatures sur l'épiploon gastrosplénique. La queue du pancréas, qui adhère intimement au hile de la rate, est enlevée avec elle (section au thermo-cautère. Toilette du péritoine.

A la suite de l'opération, état général satisfaisant. Légère tendance au vomissement. — Le huitième jour, les sutures sont enlevées. — Trois semaines plus tard, on note une légère augmentation du nombre des globules blancs, mais aucune hypertrophie de la thyroïde ni des ganglions lymphatiques. — Guérison.

Examen microscopique de la rate. — Sarcome primitif. — Poids : 1,450 gr.

Cette femme mourut plus tard de récidive. On ne put faire l'autopsie. (Haecker, *Verhandl. d. deut. Gesell. f. Chir.*, 1885, p. 63.)

OBS. 226. — *Splénectomie pour ectopie de la rate avec mégalosplénie. Guérison.* (ANT. CECI. *Réunion de la Société chirurgicale de Rome*, 1886. — *La Gazzetta degli Ospitali*, Milano, 23 mai 1886. — *Riforma medica*, 19 avril 1886, II, 544. — *Lancet*, 5 juin 1886, p. 1078. — LIEFFRING, obs. 9.)

Marie C..., 17 ans, petite et mal développée, pesant 80 livres, mesurant 1 m. 40 de hauteur, portant une tumeur abdominale depuis sa naissance. Le diamètre transversal de la tumeur était de 34 centimètres, le cortical de 23 cen-

timètres et la circonférence de 64 centimètres. La face antérieure était unie et convexe, les bords tranchants et présentant des sillons. La face postérieure présentait un volumineux prolongement vers la gauche. On pouvait, à travers la paroi abdominale absolument relâchée, faire pivoter la tumeur soit verticalement, soit transversalement et aussi la repousser dans l'hypochondre gauche. Foie en situation normale. La malade se plaignait de violentes douleurs, s'irradiant de l'hypochondre gauche à la région précordiale et au bras gauche, et d'oppression.

SPLÉNECTOMIE, 20 mars. — Incision médiane de 23 centimètres. Dès l'ouverture du ventre on est obligé de suspendre l'opération pendant une demi-heure en raison des troubles respiratoires qui se sont produits. On fait subir à la rate une rotation sur son axe transversal pour mettre le pédicule en évidence. Catgut et soie sur le pédicule. L'artère splénique était plus volumineuse que la sous-clavière. Durée totale de l'opération : une heure et quart.

Après l'opération, violent délire et troubles nerveux simulant l'angine de poitrine. Pendant deux jours pouls incomptable : respiration, 70 à 80 par minute. Traitement : oxygène, lavements alimentaires. Les fils de la paroi, enlevés au bout de huit jours, s'étaient presque tous infectés. Puis érysipèle malgré les pansements antiseptiques. — Le 22 avril l'état général était excellent et la plaie à peu près cicatrisée. — En mai, la santé est très bonne, pouls 80, respiration 22 ; la malade augmente rapidement de poids. — Le 16 juin, sortie de l'hôpital. Elle ne pouvait rester debout ; marche pénible : douleurs dans les os du tarse ; pourtant visage bien coloré. — En août, aspect florissant. La malade a repris ses occupations habituelles.

Examen de la rate. — Poids (avec le sang qu'elle contenait) : 2,400 gr. Leng. 34 centim. larg. 24 centim. épais. 9 centim. 8. — Capsule splénique couleur gris d'acier nacré présente de nombreux épaissements miliars. Infiltration fibreuse des trabécules, hyperplasie cellulaire de la pulpe, hyperplasie cellulaire des corpuscules de Malpighi spécialement dans leur zone périphérique, infiltrations cellulaires le long des vaisseaux artériels, infarctus hémorrhagiques récents, à foyers distincts. Absence de bactéries.

Examen du sang :

5 mai.	Globules rouges suffisamment colorés, réguliers.
	G. R. = 4.200.000)
	G. B. = 25.000) 1 à 170
10 mai.	Mêmes caractères des globules.
	G. R. = 4.200.000)
	G. B. = 25.000) 1 à 170
12 juillet.	G. R. = 4.600.000)
	G. B. = 24.000) 1 à 191
18 août.	G. R. = 4.400.000)
	G. B. = 15.000) 1 à 293
22 octobre.	G. R. = 4.700.000)
	G. B. = 1.6000) 1 à 290

30 octobre.	1 ^o à jeun	G. R. = 4.800.000	} 1 à 152
		G. B. = 24.300	
	2 ^o Après le repas	G. R. = 4.800.000	} 1 à 200
		G. B. = 23.900	
3 février 1897.		G. R. = 4.480.000	} 1 à 261
		G. B. = 17.000	
		Hémoglobine = 85 0/0	

OBS. 227. — *Splénomégalie (sarcome) sans leucémie. Splénectomie. Guérison.*
(R. ASCH. *Arch. f. Gynæk.*, 1888, XXXIII, 130 ; obs. I.)

Femme, 31 ans. Régliée normalement. Dernières règles le 15 mai 1887. En mars 1897, douleurs dans la région splénique ; à cette époque la malade remarqua l'existence d'une petite tumeur modérée dans cette région. Absence d'appétit. Un médecin trouve une hypertrophie de la rate. Accroissement progressif de la tumeur.

État, au moment de son entrée à la clinique de Breslau (20 juin 1887). — Anémie. Dans la portion gauche du ventre, tumeur mobile qui s'étend de la ligne mamelonnaire à la ligne blanche, de 22 centim. de longueur.

Convexe en dehors, la tumeur présente en dedans et en haut une encoche.

Périmètre de l'abdomen à la partie supérieure de la tumeur : 60 centim. ; au milieu, entre l'ombilic et la symphyse, 71 centim. La distance entre l'ombilic et l'apophyse xiphoïde est de 12 centim. ; entre l'ombilic et la symphyse, 16 cent. Utérus en rétroversion légère. Autres organes normaux. Composition du sang normale.

Diagnostic. — Néoplasme de la rate (sarcome) uni à une grossesse d'un mois.

Opération, 24 juin 1887. — Incision sur la ligne blanche. La tumeur n'a pas d'adhérences ; le pédicule est formé par les deux feuillets du ligament gastro-splénique et par des vaisseaux, qui s'y trouvent. La queue du pancréas atteint le tissu splénique. — Durée de l'opération : 25 minutes.

Suites. — Apyrexie : La malade s'est remise rapidement, elle est partie le 12 juillet.

Hypertrophie des ganglions inguinaux et axillaires ; pas de tuméfaction de la glande thyroïde ; sang normal. — La malade est revenue quelques mois après. Tout était comme au moment de sa sortie de l'hôpital ; sa grossesse était normale et le 29 février 1888 elle accouchait d'un enfant mort. Quatre semaines avant ses couches l'enfant vivait encore ; 8 jours avant, la mère ne sentit plus les mouvements de l'enfant. D'après son médecin la malade se porte actuellement bien et n'a pas d'oppression. L'appétit est bon.

La rate d'une longueur de 22 centim., d'une largeur de 14 centim., et d'une épaisseur de 10 centim., avait la forme, la consistance et la couleur d'une rate normale, mais elle avait sur sa surface plusieurs voussures d'une couleur gris clair, auxquelles correspondaient sur les coupes des surfaces mal limitées.

Examen microscopique. — Tissu splénique hypertrophié, cellules conjonctives augmentées de volume ; on trouve dans la pulpe des leucocytes normaux

et d'autres augmentés de volume. A côté d'eux, de grandes cellules rondes au protoplasma pâle et à plusieurs noyaux très colorés.

Diagnostic. — Sarcome lymphatique de la rate.

OBS. 228. — *Rate mobile, quelques adhérences épiploïques. Splénectomie. Guérison.* (JAMES MAC CANN. *American surgical association*, 8^e session, Washington, 13 mai 1887. — *Medical News*, 13 août 1887, p. 179. — LIEFFRING, obs. 10.)

Femme, 29 ans. Pas de fièvres intermittentes, bien qu'elle eût habité un pays à malaria. Pas d'accouchement. Depuis 6 ans, tumeur abdominale douloureuse. Suppression des règles depuis mars dernier. Plusieurs hématomés subites et abondantes de 1882 à 1886; la dernière laissa la malade mourante et sans pouls. La tumeur augmentait, d'après la malade, pendant les jours qui précédaient les hématomés.

6 mai 1886. Malade anémiée, épuisée. Sensation de froid alternant avec des bouffées de chaleur; tintements d'oreille; diplopie. Pouls faible, fréquent. — Tumeur lisse, arrondie, élastique ou demi-solide, occupant la fosse iliaque gauche et s'étendant jusque dans la région sus-pubienne; contours nets. Très facilement mobile; on peut la refouler jusqu'au-dessus de l'ombilic, mais elle retourne vite dans la fosse iliaque. Foie normal.

Traitement préparatoire, quinine à haute dose, protochlorure de fer, acide phosphorique délié.

Opération, 27 mai 1886. — Incision médiane sous-ombilicale. Epiploon situé en avant de la tumeur et adhérent à sa partie inférieure. Petite hémorrhagie pendant le décollement de ces adhérences. Deuxième petite hémorrhagie par une petite déchirure de la rate au voisinage du hile. Ligature de l'épiploon. Deux soies sur le pédicule de la rate. Splénectomie. Pendant l'opération plusieurs injections d'éther et d'eau-de-vie.

Suites. — Normales, sauf phlébite du membre inférieur gauche survenu 7 jours après l'opération. Sortie de l'hôpital le 29 juin. Devient enceinte en octobre et est actuellement au huitième mois de sa grossesse.

Rate. — Poids (vide de sang): 420 gr. Dimensions: 12 centim. 5 sur 14 centim. Léger épaississement des trabécules et du tissu conjonctif intracellulaire.

Le sang contient un peu plus de leucocytes que normalement, pas assez pour constituer une leucémie.

OBS. 229. — *Ectopie pelvienne de la rate. Splénectomie. Guérison.* (POLK. *New-York obst. Soc.*, 1^{er} février 1887. — *Amer. J. of obst.*, mars 1887, p. 296. — LIEFFRING, obs. 20.)

Femme. Douleurs pelviennes avec troubles du côté de la vessie et du rectum. Tumeur anti-utérine accessible au doigt vaginal.

Diagnostic. — Pyo-salpinx.

Examen du sang. — Négatif.

Laparotomie. — C'est une rate ayant environ deux fois le volume du rein et

reposant sur la face antérieure de l'utérus; sa convexité regarde le sacrum. Pédicule, long et mince, passe en avant du côlon descendant. Rate solidement adhérente; aussi la séparation des adhérences détermine-t-elle une hémorrhagie abondante. — Guérison.

OBS. 230. — *Splénectomie pour rate mobile. Guérison.* (SEVEREANU. *Arch. f. klin. Chir.*, 1888, XXXVII, fasc. 3, p. 660. — LIEFFRING, obs. 14.)

Femme, 40 ans. Neuf accouchements. Pas de malaria. Depuis 8 ans, petite tumeur ombilicale augmentant progressivement de volume, douloureuse par la fatigue; prenant un développement beaucoup plus rapide depuis 6 mois. Au palper, on trouve dans la région ombilicale une tumeur allongée, un peu convexe, dure, élastique, mobile, surtout lorsqu'on la porte à gauche. A son extrémité droite on sent une partie un peu indurée. Pas de matité splénique. Sang : 5.400.000 G. R. ; hémoglobine 11,5 p. 100.

Opération, 12 mars 1887. — Laparotomie sous-ombilicale. Ligature du pédicule divisé en plusieurs parties avec du catgut.

Guérison. — Poids augmente de 5 livres en deux mois. Un an après, la malade est bien portante. Pas d'hypertrophie ganglionnaire.

Examen de la rate. — Poids : 985 gr. ; sang contenu : 645 gr. — Dimensions 24 centim. sur 15. A son extrémité droite se trouve un lobule accessoire.

Examen du sang. — Globules rouges. 5 avril : 2.370.000

12 — 2.200.000

19 — 3.160.000

7 mai : 3.360.000

18 — 3.540.000

31 — 4.040.000

Mars 1888 : 3.050.000 = 1 G.B. : 600 G. R.

OBS. 231. — *Rate mobile et hypertrophique. Splénectomie. Guérison.* (RIEDEL. *Deuts. Chir.*, Bd. 45, 1890, p. 142. — LIEFFRING. Thèse de Paris, obs. 17.)

Femme de 28 ans. Quatre accouchements. Au dernier accouchement (novembre 1886) troubles gastriques, douleurs dans la région lombaire gauche; sensation d'une grosse tumeur qui ballottait dans le ventre.

Examen, 21 août 1887. — Dans le décubitus dorsal légère saillie dans la région gauche du bas-ventre. Grosse tumeur à bords arrondis qui se laisse déplacer facilement dans l'hypochondre gauche, mais reprend de suite sa place primitive dès qu'on l'abandonne. On peut la refouler jusque dans le pelvis, mais ce déplacement cause à la malade un tiraillement douloureux dans la région de l'hypochondre gauche. (Sensation d'un cordon tendu dans cette direction). A l'examen par le vagin, la tumeur est facilement appréciable, même sans exercer de pression sur elle de haut en bas; on la sent comme suspendue au-dessus des doigts. Elle se prolonge donc par une petite partie dans le bassin. — Absence de matité splénique. — Sang normal.

Diagnostic. — Hésitant entre rein mobile ou rate mobile; mais ce dernier est plus probable.

Opération, 27 août 1887. — Incision médiane sous-ombilicale. La rate, bien mobile, est retirée sans difficulté. Occlusion provisoire de l'abdomen. Le pédicule étant trop long, l'opération peut se faire extra-péritonéalement. Le pédicule est très large et aplati. Ligature isolée aux deux parties. Après une libération d'un tissu vert jaunâtre qui avait l'aspect du pancréas, isolement et ligature de l'artère splénique très pulsatile. Pédicule saupoudré d'iodoforme et rentré.

Guérison se fait normalement. Etat général excellent, douleurs disparues.

Examen du sang, 29 août, 24 septembre 1887. 21 janvier, 10 octobre 1888. — Toujours négatif.

Rate. — Longueur, 15 centim.; largeur, 15 centim.; épaisseur, 10 centim. — Tissu normal. Surface séreuse légèrement dépolie.

OBS. 232. — (LEONARD. *Saint-Joseph medical Herald*, 1889, VII, 1 à 7. — D'après WRIGHT. *Med chronicle*, 1888, IX, 188; obs. 40; et SPANTON. *British med. j.*, 1895, II, 1090.)

Femme. Hypertrophie d'une rate flottante. Splénectomie (1887). Guérison.

OBS. 233. — *Rate hypertrophiée et mobile. Splénectomie. Phlegmon du ligament large. Guérison.* (LIEBMANN. *Lo sperimentale*, Firenze, t. 62, août 1888, p. 121. *Centralb. f. Gynæk.*, Leipzig, 1888, XII, 338. — *The practitioner*, t. 49, novembre 1888, p. 373. — LIEFFRING, obs. 19.)

Eugénie M..., 28 ans. Deux couches. Dès la dernière couche, s'aperçoit d'une tumeur dure, ronde, à gauche de l'ombilic. La tumeur croît rapidement; douleurs spontanées à son niveau, intolérables.

Examen, 25 novembre 1887. — Personne pâle, maigre, décharnée. Peu d'appétit. Bonnes digestions. Volume du foie et de la rate paraît normal. La matité qui paraissait correspondre à la rate s'étend sur la ligne axillaire de la huitième à la dixième côte. Ventre tuméfié, mais souple. Tumeur abdominale, grosse comme une tête d'adulte, montrant au milieu une sorte d'incisure. Surface lisse, située un peu à gauche de la ligne médiane, se déplaçant en haut jusqu'au bord costal droit ou gauche, sans pouvoir être refoulée dans l'hypochondre plus haut que l'arc costal. En serrant la tumeur à droite, l'utérus l'accompagne; il reste immobile quand on refoule la tumeur à gauche ou en haut. — Tumeur non douloureuse au palper. — Matité à son niveau.

Opération, 13 décembre. — Incision médiane de 18 centim., dépassant un peu l'ombilic. L'épiploon montre des vaisseaux dilatés, adhère intimement à toute cette partie de la tumeur accessible par la plaie opératoire. Utérus normal. Ovaires atrophiés. — La tumeur est formée par la rate quatre fois plus grosse que normalement. Splénectomie.

Examen microscopique. — Hyperplasie du tissu splénique.

Suites. — Selles diarrhéiques. — Réunion de la plaie *per primam*. — Huitième jour. Temp. : 37°,8 et 38°,2; soir, 38°,6 et 39°,6. Règles apparaissent. Douleurs dans le bas-ventre et à gauche. — 22 décembre (neuvième jour) :

Temp. : 40°,7. Douleurs augmentent. Résistance diffuse et douloureuse dans la région du ligament large gauche. L'exsudat augmente rapidement et atteint bientôt l'épine iliaque antéro-supérieure. Malade très faible. Traitement expectatif (glace, quinine, etc...). Puis l'exsudat se résorbe progressivement; disparition de la fièvre; l'anémie s'améliore. — 25 mars 1888. La malade quitte l'hôpital dans d'excellentes conditions de santé. Pendant la convalescence aucune augmentation de la thyroïde, ni des ganglions.

Examen du sang. — Une heure après l'opération, le nombre des G. B. et les G. R. reste le même. — Le jour de la sortie de l'hôpital, les G. B. dépassaient très peu le chiffre normal. « L'extirpation de la rate ne paraît donc avoir exercé aucune influence sur l'augmentation des globules blancs. »

OBS. 234. — *Rate mobile. Splénectomie. Guérison.* (SPENCER WELLS. *Medico-chir. transactions*, LXX, 1888, p. 255. — *Lancet*, 1888, I, 724. — LIEFFRING, obs. 18.)

Mlle X..., 22 ans. Depuis l'âge de 9 ans, attaques fréquentes d'ictère, urines toujours très foncées. Scarlatine en 1882 laisse la santé délicate. Douleurs abdominales depuis une diarrhée survenue en 1885.

Tumeur abdominale, grosse comme une tête d'enfant; siégeant au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane, arrondie, élastique, non fluctuante; mouvements associés à ceux de l'utérus; bord inférieur en arrière et à gauche de l'utérus. Aspect florissant de la malade.

Diagnostic. — Tumeur ovarienne ou utérine. — Traitement : alcalins, ergot de seigle.

La tumeur diminue un peu. — En 1887, accès d'ictère intense avec fortes douleurs abdominales, constipation. La tumeur augmente de volume, monte au-dessus du pelvis, devient plus mobile, fluctuante. Douleurs très vives dans la région de la tumeur.

Opération, 5 décembre 1887. — Incision médiane sous-ombilicale. Écoulement d'un litre et demi d'ascite. Utérus et ovaires normaux. Rate mobile. On prolonge l'incision au-dessus de l'ombilic. En essayant de faire sortir la rate on produit une rupture accidentelle; hémorrhagie abondante. Tissu excessivement mou et friable. Deux grandes pinces sur le pédicule splénique. Ligature du pédicule. Deux ligatures, dont une placée sur l'artère la plus grosse, assurent l'hémostase. Péritoine épongé avec grand soin. Pas de drainage.

Suites. — Règles apparaissent quatre jours après. Congestion de la face. Urine en très petite quantité. Peau sèche. — Température : huit heures après l'opération, 38°,4; premier jour, 39°,3; deuxième jour 39°,5. Quelques globules blancs en excès, mais d'une manière peu notable. — Pouls, 120 à 128. A partir du cinquième jour, température et pouls normaux. Urines plus abondantes. Peau humide. — Réunion de la plaie *per primam*. — Vingt-quatre jours après l'opération, la malade quittait Londres. — 13 janvier 1888 : excellente santé; pas d'ictère.

Rate. — Poids : 920 gr. après la perte de 1.750 gr. de sang.

OBS. 235. — *Splénomégalie (lymphome malin ?). Splénectomie. Guérison opératoire ; aggravation de l'état général.* (THEODOR KOCHER. *Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aertze*, 1^{er} novembre 1888, n° 21, p. 649.)

C'est la première splénectomie pratiquée en Suisse.

Femme de 51 ans. Plusieurs accouchements. Ménopause depuis deux ans. Pas de syphilis. — Depuis six ans, fatigue dans les jambes. Il y a quatre ou cinq ans la malade s'est aperçue de l'existence, dans le côté gauche du ventre, d'une tuméfaction qui augmentait toujours. Oppression après le repas. Pas de douleurs. — Amaigrissement. — On a pratiqué des injections de morphine. Un chirurgien de Paris a conseillé l'opération.

État actuel. — État de maigreur très accentué. Apyrexie ; P. 88. Hypertrophies ganglionnaires inguinales. Nodosité dure, mobile, dans le lobe gauche du corps thyroïde ; autre nodosité dans le lobe droit. Poumons sains. Souffle systolique à la pointe du cœur et à l'orifice pulmonaire. — Abdomen très tendu, surtout à gauche. Dilatation des veines sous-cutanées. Foie un peu gros. Dans la portion gauche du ventre tumeur mobile, qui atteint à droite la ligne mamelonnaire, en bas la symphyse pubienne, remonte à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; bord tranchant ; matité à son niveau. Urines albumineuses. — Sang très liquide. G. R. 6.624.000, un G. B. pour 474 G. R., hémoglobine 10,2 p. 100.

Diagnostic. — Tumeur splénique.

Opération, 30 juin 1888. — Incision médiane de 25 centimètres, à laquelle pour arriver plus facilement au hile, Kocher en ajoute une transversale de 5 centimètres, faite à la hauteur de l'ombilic, à travers le grand droit abdominal gauche. Adhérences en éventail au niveau du diaphragme. Splénectomie.

Rate. — Poids : 3.530 grammes ; long. 33 centim. 5, larg. 19,5, épais. 11 centim. Sous le microscope, on ne distingue qu'une hyperplasie du tissu splénique.

Suites. — Premier jour : T. 37°,1 à 37°,9 ; P. 84 à 100. — 1^{er} juillet, pouls bon. — 2 juillet : T. 37°,4 à 38°,1 ; P. 80 à 92. — 6 juillet : albuminurie persiste. Sang : 6.040.000 G. R. T. 37°,4. — 5 juillet : Sang : un G. B. pour 431 G. R. ; 6.140.000 G. R. par millimètre cube. — 3 juillet : œdème des jambes. — 9 juillet : incision d'un hématome développé dans l'épaisseur des parois abdominales au-dessous et à droite du nombril. — 10 juillet : nombre des leucocytes du sang normal. T. 38°. — 12 juillet : Sang : 4.920.000 G. R., augmentation du nombre des G. B. (un G. B. pour 323 G. R.) ; hémoglobine 80 p. 100. Abdomen tendu. T. 37°,5. — 17 juillet : un G. B. pour 117 G. R. La malade se sent bien, mais fatiguée. Apyrexie. L'œdème des jambes persiste. — 18 juillet : Douleurs vives d'abord à gauche, puis dans tout le ventre. T. 38°,6. P. 96 à 104. — Les jours suivants, apyrexie. — 2 août : Albuminurie persiste. Œdème des jambes et de la région lombaire.

15 août (jour où la malade sort de l'hôpital) : État général meilleur. Disparition de l'œdème. Foie gros. Matité dans la portion gauche du ventre. Nombreuses adénopathies. Sang : Beaucoup de microcytes, un G. B. sur 138 G. R.

— 23 septembre : La malade ne se sent pas bien. Hydropisie de l'abdomen et des membres.

Malgré les résultats de l'examen microscopique, Kocher, s'appuyant sur la persistance du mauvais état général, soupçonne qu'il s'agit d'un lymphome malin.

OBS. 236. — *Extirpation d'une rate ectopiée et hypertrophiée. Guérison. Mort ultérieure par tuberculose pulmonaire.* (JULIUS METZGES. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Stuttgart, 1890, t. XIX, p. 31. — LIEFFRING, obs. 25.) Opér. : LÖHLEIN.

Femme, 35 ans. Sept accouchements, le dernier il y a onze semaines. Pas de malaria. Pendant la dernière grossesse, douleurs dans le côté droit du ventre. Les douleurs augmentèrent progressivement et la marche devint peu à peu impossible en raison de douleurs dorsales intolérables. Cependant accouchement normal.

12 juin 1889. — Femme amaigrie. Tumeur abdominale, mate, du volume d'une tête d'enfant, s'arrêtant en haut à un travers de main de l'ombilic, allant transversalement de la ligne blanche à la paroi du bassin, arrivant au contact du doigt placé dans le cul-de-sac vaginal postéro droit. Corps utérin en rétroversion et dévié à gauche. Matité splénique conservée.

LAPAROTOMIE, 20 juin 1889. — Rate hypertrophiée, reliée par des adhérences lâches et faciles à détacher à la paroi abdominale antérieure et latérale droite. Cette rate est enclavée dans l'excavation. De son hile, qui regarde en arrière, part un pédicule membraneux qui offre les connexions des ligaments normaux de la rate. Ligature avec deux fils de soie. L'artère et la veine spléniques, très dilatées, étaient probablement la cause de la matité splénique. Plusieurs autres petites ligatures au catgut.

Douze jours après l'opération, léger gonflement un peu douloureux du corps thyroïde, qui disparaît au bout de quelques jours. — Quatre semaines après l'opération un peu d'exophthalmie. — Guérison opératoire ; mais, un mois après, mort d'une tuberculose pulmonaire que rien n'indiquait au moment de l'intervention.

OBS. 237. — *Rate mobile. Splénectomie. Guérison.* (TROMBETTA. 7^e Congrès italien de chirurgie, 1890. — *Wien. klin. Woch.*, 1890, p. 431. — LIEFFRING, obs. 28.)

L'auteur a pratiqué la splénectomie dans un cas de rate mobile. Ligature du pédicule en trois parties avec de la soie. Guérison au huitième jour.

Examen du sang. — 1^o Avant l'opération : Diminution des G. R. — G. B. en rapport normal avec les G. R. — 2^o Après l'opération : Le premier jour, diminution de G. R. Puis augmentation. Les G. R. augmentent proportionnellement aux G. R.

A la suite de l'opération, aucune particularité du côté de la thyroïde ou des ganglions lymphatiques.

OBS. 238. — *Extirpation d'un sarcome de la rate.* (WAGNER, de Königs-hütte. 23^e Congrès de la soc. allemande de chir., Berlin, 21 avril 1894. — *Semaine méd.*, 1894, p. 203. — *Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 1894, p. 401.)

Fille de 27 ans. Tumeur splénique développée rapidement. Affaiblissement et amaigrissement extrêmes. Pas d'altération de forme ni de nombre des G. B. du sang. Intervention (1890) simple : tumeur pédiculée et sans adhérences. — Guérison rapide. Augmentation de 25 kilogr. en trois mois. Actuellement (1894), santé excellente. — La tumeur qui avait le volume des deux poings, était un sarcome (examen microscopique.)

OBS. 239. — *Extirpation d'une rate mobile hypertrophique. Guérison.* (ANGERER. *Münchener medicinische Wochenschrift*, 1894, n° 28, p. 557.)

Femme de 45 ans. Ayant eu 12 accouchements. Depuis huit ans elle a remarqué la présence d'une tumeur dans le bas-ventre ; cette tumeur dont l'accroissement se faisait lentement, a augmenté rapidement de volume dans les derniers mois. Les douleurs étant vives, la malade voulait être opérée. L'état général était médiocre. — La tumeur facilement palpable, avait la forme caractéristique d'une rate, au niveau du hile de laquelle on entendait du souffle vasculaire. Pas d'adénopathies. Hémoglobine : 60 à 62 p. 100.

Opération, 20 juillet 1892. — Incision médiane. Extirpation d'une rate flottante du poids de 1.100 gr. Hémorrhagie assez abondante.

Suites. — Normales. La malade sort le 10 août. La quantité d'hémoglobine du sang atteint 85 p. 100, puis 96 p. 100.

OBS. 240. — *Splénectomie pour rate en ectopie. Guérison.* (P. JEMOLI. *Clinica chirurgica*. Milan, 25 février 1893, p. 61. — LIEFFRING, obs. 37.) — Opér. : BOTTINI.

M. F..., 43 ans. Nombreuses grossesses. Bien que la malaria soit fréquente à Pavie où elle demeure, la malade affirme n'en avoir jamais souffert. Il y a quatre ans, peu de temps après la dernière grossesse qui avait été laborieuse, elle commença à ressentir de la pesanteur dans l'hypochondre gauche, des douleurs légères et vagues dans l'abdomen. Ces accidents allèrent toujours en augmentant. Bientôt apparurent des nausées fréquentes, des vomissements faciles, puis de la dyspnée, des vertiges, des syncopes, des douleurs abdominales aiguës, à la suite de la fatigue. Convulsions épileptiques. Dépérissement général. Aménorrhée depuis trois mois. — Il y a plusieurs mois la malade s'est aperçue de l'existence d'une tumeur abdominale située, d'après elle, dans le voisinage de l'ombilic, constatée par hasard en se comprimant un jour le ventre avec les mains pour faire cesser ainsi ses fortes douleurs abdominales. — La malade vint à la clinique chirurgicale de Milan, le 21 janvier 1892, décidée à subir n'importe quelle opération afin d'être affranchie des souffrances qui lui rendent l'existence à charge.

État actuel. — Mauvais état général, pâleur, état de dépérissement très marqué. — L'abdomen présente, dans le décubitus dorsal, une saillie dans la

région para-ombilicale, qui s'étend à gauche ; ombilic légèrement déplacé à droite. La tumeur suit un peu les mouvements respiratoires. Elle se déplace à gauche dans le décubitus latéral gauche et est très mobile dans tous les sens ; mais reprend aussitôt sa position primitive. Elle occupe la région para-ombilicale gauche, s'étendant et pénétrant partiellement dans la région hypochondriaque gauche. Du volume d'un gros rein, elle en présente presque la forme ; au palper on sent une sorte d'incisure, rappelant un hile. — Matité hépatique normale ; submatité dans la région splénique. En plongeant la main sous le rebord costal gauche, on n'y sent pas la rate. La région rénale gauche semble vide et un peu plus sonore que la droite. Organes génitaux sains et indépendants de la tumeur. Pas d'hypertrophies ganglionnaires, corps thyroïde un peu augmenté. Cœur et poumons sains. Urines normales en qualité (1.100 gr. par 24 heures). — Diagnostic : On penche, avec quelque doute, vers le diagnostic de rein mobile.

Opération, 15 mars 1892. — Incision ombilico-pubienne. A l'incision du péritoine, on voit à la partie supérieure de la plaie un corps qu'on reconnaît pour la rate ectopique et légèrement hypertrophiée. En portant la main dans la région splénique on y constate une résistance diffuse. Ne voulant pas tenir trop longtemps la cavité abdominale ouverte, on n'insiste pas dans cette exploration. Extraction facile de la rate, grâce à la longueur du pédicule qu'on transfixe avec un fil double.

Suites. — Normales. Apyrexie. Disparition de tous les troubles. La malade se lève au seizième jour, et, bien que faible et anémique, quitte la clinique en déclarant se trouver très bien et bénissant la chirurgie. — Janvier 1893 : la malade a engraisé et jouit d'une parfaite santé.

OBS. 241. — *Rate mobile et hypertrophique. Splénectomie. Guérison.* (A. O. LINDFORS. *Congrès des naturalistes scandinaves*. Copenhague, 1892. — *Nordiskt med. Archiv.*, 1892, XXIII, 29. — *Semaine médicale*, 1892, 303. — In LIEFFRING, obs. 32.)

N..., jeune paysanne de Wittsjo, 20 ans. — Constitution faible, tempérament lymphatique. A remarqué, il y a 5 ans, une augmentation de volume du ventre, surtout à gauche, et ressent depuis lors de temps à autre des douleurs vives dans cette partie.

État, à l'entrée à l'hôpital de Christianstad, 18 janvier 1892. — Ventre bombé comme aux derniers mois d'une grossesse. Partie gauche de l'abdomen occupée par une tumeur dure, lisse, de forme ovoïde et à bord antéro-inférieur très mince, très mobile, librement palpable partout, excepté vers le bord supérieur qui se perd sous les fausses côtes gauches.

Examen du sang. — Un G. B. sur 200 à 250 G. R. — Traitement fortifiant et stimulant, préparatoire, pendant 4 semaines.

LAPAROTOMIE, 21 février 1892. — Incision de 18 centim. sur le bord externe du muscle droit du côté gauche ; de l'anglè supérieur une autre incision, longue de 6 centim., dirigée à gauche. Une seule adhérence de l'épiploon

avec la paroi abdominale ; ligature et section. Tumeur, très mobile, amenée en entier en dehors de la cavité abdominale. Ligature du pédicule en six divisions à la soie. Ablation de la tumeur presque sans aucune perte de sang. Deux ligatures de plus sur les grands vaisseaux du pédicule. Toilette péritonéale. Pas de drainage.

Examen de la tumeur. — Poids (vidée du sang contenu) : 1.155 gr. Long. 25 centim., larg. 15 centim., épais. 7 centim. — Capsule, trabécules et parois des vaisseaux très épaisses. Examen histologique : hypertrophie de tous les éléments fibreux et diminution de la pulpe.

Suites. — Faible réaction ; température presque normale ; pouls un peu accéléré les jours suivants. Douleur vague au côté gauche. — Convalescence normale jusqu'au 8 mars, où une élévation brusque de la température (39° le soir) et du pouls (116) fit craindre une complication grave. Pendant la nuit et le jour suivant, plusieurs selles noirâtres et mêlées de pus ; un exsudat circonscrit s'était sans nul doute évacué par l'intestin. — Le 10 mars, température et pouls redevenus normaux.

Examen du sang, 18 mars. — G. R. 4.200.000 ; un G. B. sur 150 G. R. Hémoglobine (hémachronomètre de Fleischl), 55° au lieu de 90°-95° qui constitue la normale chez les femmes saines. Donc augmentation des G. B., diminution des G. R. et surtout de l'hémoglobine.

Opérée revue en juin 1892. Bonne santé. Aucune augmentation de volume de la glande thyroïde, ni des ganglions lymphatiques.

OBS 242. — *Splénectomie pour rate hypertrophiée, tombée dans le petit bassin.* (HECTOR TREUB, de Leiden, observation rapportée par l'*Union médicale* du 13 juillet 1893, p. 65. — LIEFFRING, obs. 33.)

Femme, 48 ans. Sept accouchements, cinq avortements. Bonne santé antérieure. — Il y a 7 ans, douleur abdominale, dix semaines après un accouchement. Douleur plus forte au repos. Le ventre augmente de volume. Entre à la clinique gynécologique de Leiden en fin janvier 1892.

Examen, sous chloroforme (10 février). — Bas-ventre distendu par une tumeur médiane, solide, montant jusqu'à l'ombilic, nettement délimitée en haut, à droite et à gauche, mais se perdant dans le bassin ; forme oblongue, surface inégale ; mobilité assez grande dans le sens transversal, nulle dans le sens vertical. — Utérus un peu gros. — Derrière la tumeur, adhérences se laissant facilement déchirer. — Diagnostic : kyste de l'ovaire gauche.

LAPAROTOMIE, 11 février. — Tumeur adhérente à la paroi abdominale antérieure ; adhérences se déchirent sans peine. Toute la surface de la tumeur est couverte d'anses intestinales qui y ont adhéré, mais qui s'en laissent facilement séparer. Pédicule mince, pris dans une ligature simple à la soie, puis sectionné.

Examen histologique. — Rate hypertrophiée, en grande partie nécrosée ou en voie de le devenir.

Guérison. Trois semaines après, la malade quitte la Clinique dans un état de santé parfaite. — 29 juin 1893 : Excellente santé.

L'examen du sang, pré et post-opératoire, n'a révélé aucune anomalie.

OBS. 243 — *Rate hypertrophiée et mobile. Splénectomie. Guérison.* (MARKOE. *Annals of Surgery*. Saint-Louis, 1893, t. 17, p. 582.— In LIEFFRING, obs. 36.)

Femme, 64 ans. 7 accouchements, 2 avortements. Ménopause à 44 ans. En septembre 1888, elle fait un effort pour soulever un enfant et ressent dans le côté droit du ventre une douleur. Y portant la main elle y sent quelque chose qu'elle peut refouler, ce qui la soulage. Le lendemain matin, au moment où elle se lève, elle a une attaque de douleurs vives, avec nausées et tremblement nerveux. Depuis cette époque, elle ne peut se livrer à aucun travail pénible, le moindre effort causant de la douleur. Santé très bonne. — En 1890, chute dans un escalier. La partie dure que la malade portait dans son ventre lui semble grossie. Mictions fréquentes et pressantes, constipation, troubles digestifs, distension gazeuse de l'estomac et éructations. Au moindre écart de régime elle doit dégrafer ses vêtements et s'étendre. Céphalalgie fréquente. — En 1891, attaque de coliques violentes sans vomissements. — En avril 1892, la tumeur s'étend depuis le bassin jusqu'au-dessus de l'ombilic ; ferme, insensible, à bords nettement limités ; quelques mouvements de latéralité. État général médiocre, amaigrissement, état nerveux. — En juillet, état général meilleur. La tumeur augmente cependant. — Incontinence d'urine. Palpitations ; respiration courte. La malade réclame une intervention.

Opération, 10 août 1892. — Incision sous-ombilicale prolongée au-dessus. Grandes difficultés pour déloger la rate du petit bassin et à l'amener en dehors de la plaie abdominale. L'estomac était attiré en bas ; les ligaments gastrosplénique et suspenseur réunis en un seul pédicule large, dans lequel on voyait les vaisseaux volumineux et tortueux et de petites rates accessoires. Ligature de l'artère splénique, puis transfixion du pédicule en deux points et ligature avec une chaîne de 3 fils. Au moment de la section, la partie inférieure du pédicule glisse sous la ligature ; hémorrhagie veineuse qu'on arrête par la pose d'une série de pinces. On retransfixe de nouveau et on lie à la soie. — Une rate accessoire du volume d'un œuf de pigeon est liée et soulevée de la même manière ; une autre plus petite est laissée en place. Toilette du péritoine avec des éponges pour enlever les caillots.

Guérison.

Examen de la rate. — Poids, 2.575 gr. ; poids de la petite rate accessoire, 15 gr. Long. 30 centim., larg. 20 centim. Histologiquement, structure de la rate normale avec augmentation relative du tissu connectif.

OBS. 244. — *Hypertrophie simple d'une rate mobile. Splénectomie. Guérison* (1). (E. TRICOMI. *Riforma medica*, 1892, t. II, p. 842 ; obs. III.— 2^e Congrès internat. des sciences méd., Rome, 1894.— In VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 509 ; obs. 3.)

Angela S..., âgée de 32 ans, cinq accouchements. Pas de malaria. Il y a quatre ans, quelque temps après son troisième accouchement, elle ressentit dans l'hypochondre gauche une forte douleur qui s'irradiait dans les lombes, le bas-ventre et la racine de la cuisse et elle constata la présence en cette région

(1) Tricomi range cette observation dans la catégorie des splénomégalias simples.

d'une tumeur dure, mobile, douloureuse à la pression. Les douleurs persistant et la tumeur continuant à s'accroître, elle vint consulter Tricomi.

Dans l'hypochondre gauche existe une tumeur *dure, élastique*, régulière, atteignant en bas une ligne transversale passant à deux centimètres sous l'ombilic; son bord interne présente un sillon; il est impossible d'établir nettement la limite supérieure de la tumeur. Utérus et annexes indépendants de la tumeur. Bon état général. Corps thyroïde et amygdales normaux. Respiration, diurèse normales. Examen du sang : un globule blanc pour 450 rouges environ; hémoglobine 82,4. Donc pas de leucémie.

Diagnostic. — Hypertrophie simple d'une rate mobile.

On décide que la splénectomie est indiquée en raison de l'accroissement continu de la tumeur et des douleurs qui condamnent la malade à l'inaction.

SPLÉNECTOMIE, 22 février 1892. — Incision courbe le long du bord externe du muscle droit, à gauche, allant du rebord costal à l'épine iliaque antéro-supérieure. La rate est libre d'adhérences. On pratique les ligatures (7) sans sortir la rate de l'abdomen pour éviter les tractions sur les ligaments. — Durée de l'opération, 50 minutes.

La rate a quadruplé de volume; elle est plus dure que normalement; elle pèse 1.080 grammes, avec le sang qu'elle contient; long., 20 centim. larg., 11 centim.; épais., 6 centim. 3.

Suites. — Normales. Les douleurs diminuent progressivement. Réunion de la plaie par première intention.

Examen du sang. — 24 février : Un G. B. pour 398 G. R.; hémoglobine; 80,5. — 7 mars : Un G. B. pour 450 G. R.; hémoglobine 82. — Pas d'hypertrophie ganglionnaire, ni thyroïdienne. Deux ans après, la santé de la malade est excellente.

OBS. 245. — (E. TRICOMI. *Congrès intern. des sc. méd.*, Rome, 1894. — *Mercure méd.*, 1894, 232. — In VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 509; obs. 4.)

Favretto G..., 30 ans, mariée, habitant un pays à malaria. Rate hypertrophiée et mobile.

SPLÉNECTOMIE, 25 février 1893. — Incision à convexité interne, parallèle au rebord costal gauche, longue de 15 centimètres. Fragmentation du pédicule en quatre parties qu'on lie séparément. Durée : 40 minutes. — Guérison. — Pas d'hypertrophie ganglionnaire — En juin 1895, santé excellente. — Poids de la rate : avec le sang, 450 gr.; sans le sang 410 gr.

Sang : — Avant l'opér. : Un G. B. pour 410 à 460 G. R.

Hémoglobine, 81 à 83

Après l'opér. : Un G. B. pour 415 à 470 G. R.

Hémoglobine, 82 à 86.

OBS. 246. — (T. VALEGGIA. *Rif. med.*, 1896, II, 509; obs. 9.) Opér. : E. TRICOMI.

Lucia F..., 63 ans. Rate hypertrophiée et mobile située dans l'hypochondre droit.

SPLÉNECTOMIE, 20 avril 1894. — Incision courbe, le long du bord externe du muscle droit, allant du rebord costal jusqu'à trois travers de doigt

de l'épine iliaque antéro-supérieure. Fragmentation du pédicule en quatre parties. Durée : 55 minutes.

Rate. — Poids : Avec le sang, 640 gr. ; sans le sang, 400 gr. — Guérison. En 1895, santé excellenté. La composition du sang resta normale. — La malade fut opérée plus tard de néphrectomie pour sarcome du rein gauche.

OBS. 247. — *Rate hypertrophiée et déplacée. Splénectomie.* (ORLOFF. *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, n° 5, 116. — *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 765.)

Rate déplacée, située en partie dans le petit bassin et simulant une tumeur des organes génitaux. Par le toucher bimanuel on ne pouvait cependant constater aucune connexion de la tumeur avec l'utérus ou les annexes. Par la laparotomie on constata que la tumeur n'était autre que la rate déplacée, du volume d'une tête de fœtus, complètement dégénérée. Splénectomie.

L'auteur n'indique pas quel fut le résultat de l'opération ; il est probable qu'il fut heureux.

OBS. 248. — (G. MAZZONI. *Boll. dell. Soc. Lancisiana*, 1895.)

Rate hypertrophiée, en ectopie, tumeur de la queue du pancréas. Splénectomie. Guérison.

OBS. 249. — *Rate mobile. Splénectomie. Guérison.* (J. BLAND SUTTON. *Lancet*, 19 octobre 1895, p. 975 ; obs. III.)

Femme de 32 ans, mère de cinq enfants. Depuis dix ans existe dans le ventre une tumeur dure et mobile qui a augmenté de volume et est devenue plus gênante dans les deux dernières années.

On reconnaît l'existence d'une tumeur abdominale dure, dont la surface convexe est en rapport avec la paroi abdominale antérieure ; cette tumeur est très mobile, et on peut la repousser en un point quelconque du ventre.

Opération, septembre 1895. — Au moment de l'opération on ne pouvait qu'avec peine, par la palpation, percevoir la rate dans la région hypogastrique. Incision le long de la ligne semi-lunaire. En introduisant la main dans le bassin on trouve la rate dans la concavité du sacrum et on parvient à l'extraire. Le pédicule arrondi et dur est lié à la soie. Au moment de l'incision du pédicule, deux artères saignent abondamment et sont liées par transfixion et séparément.

Shock pendant quatre heures. Convalescence extrêmement rapide.

Rate. — Pesait 540 grammes et était de structure normale.

Cette femme, revue en septembre 1897, était en excellente santé (*communication écrite*).

OBS. 250. — *Splénomégalie, rate mobile. Splénectomie. Guérison.* (C. J. BOND. *Lancet*, 8 mai 1896, p. 1207.)

Femme de 36 ans, ayant eu deux enfants (le plus jeune est âgé de 7 ans). De bonne santé antérieure. Depuis deux ans, sans cause connue, sa santé

décline et une tuméfaction s'est développée dans l'hypochondre gauche. Anémie progressive. Parfois vomissements. — La tumeur est probablement formée par la rate hypertrophiée et très mobile. D'après Bond, les tiraillements de l'épiploon gastro-splénique dus à cette rate mobile sont la cause des vomissements. Pas de fièvre. Urines très colorées et chargées en urates.

SPLÉNECTOMIE, 27 mars 1895. — Laparotomie médiane. La rate ne présente pas d'adhérences. Le pédicule, qui comprend une partie de la queue du pancréas, est facilement attiré au dehors. L'artère splénique est volumineuse. Ligature du pédicule à l'aide de plusieurs fils. Guérison opératoire parfaite.

A la fin de la première semaine, la malade se plaint d'une violente douleur dans la région du foie, et la température, monte à 38°,4; la température redescend au bout de quelques jours, puis remonte et prend le type rémittent avec rémissions matinales pendant trois jours puis redevient normale.

Bond a remarqué, dans deux autres cas de splénectomie pour hypertrophie de la rate, ces irrégularités de la température, qui était tantôt normale, tantôt anormale, avec élévations vespérales et rémissions matinales. La cause ne doit pas en être l'intervention opératoire. Il s'agit plus probablement de troubles dépendant des changements qui se produisent dans le sang.

Examen du sang. — Trois avant l'opération : G. R. 3.000.000 par cent. v.
G. B. 1 p. 250 rouges.

Hémoglobine : moitié de la normale.

Sept jours après la splénectomie (le malade ayant été à la diète habituelle après toute laparotomie) :

G. R. 6.000.000

G. B. 1 pour 250 rouges.

Hémoglobine, 80 pour cent.

11 avril. G. R. 5.800.000

21 — G. R. 5.200.000

28 — G. R. 6.000.000 (c'était la date de l'élévation thermique).

Jusqu'au 28 mai. — G. R. ne sont plus que de 4.120.000.

Les globules blancs augmentèrent progressivement de nombre.

L'hématoglobine, qui était à 80 p. 100 de la normale au 7^e jour, tomba ensuite à 65 p. 100.

L'état général devint excellent. En juin la santé était parfaite.

La rate enlevée, vide de sang, pesait 500 grammes, était uniformément hypertrophiée, de coloration bleu noirâtre. — Au microscope on constata qu'il s'agissait d'une hypertrophie simple.

L'examen du sang, pratiqué avant et après l'intervention, montra, outre les caractères ci-dessus résumés, la présence dans le plasma de granulations protoplasmiques très nombreuses que Bond a aussi trouvées dans le sang de malades à température élevée et chez deux malades auxquels Marriott avait pratiqué la splénectomie quatre et quinze mois auparavant. Ces granulations aplaties ressemblent à celles qu'a décrites Hayem.

OBS. 251. — *Rate mobile. Splénectomie. Guérison.* (BALLANCE. *Medical Society of London*, 11 janvier 1897; *British med. Journ.*, 16 janvier 1897, p. 145.)

Femme, brésilienne, âgée de 29 ans, nullipare. Douleurs violentes dans l'abdomen depuis 6 mois, avec troubles digestifs qu'on attribua à une obstruction intestinale. L'abdomen renferme une tumeur mobile. Cullingworth fit la laparotomie; mais, voyant qu'il ne s'agissait pas d'une lésion des annexes comme il l'avait pensé, il referma le ventre.

Ballance vit alors la malade. Il constata que la tumeur était très mobile et semblait varier constamment de volume. Il pratiqua la laparotomie et enleva la tumeur. Il avait pensé à la fixer par des sutures, mais il y renonça car le pédicule mesurait 30 centim. de longueur et 3 centim. d'épaisseur, et renfermait plusieurs veines.

Quelques jours après l'opération, fièvre, mauvais état général, langue blanche anorexie, diminution des globules rouges du sang et accroissement du nombre des globules blancs. Amaigrissement considérable en deux ou trois semaines. Puis hypertrophie des ganglions lymphatiques et amélioration de l'état général.

OBS. 252 (inédite). — (TRICOMI) (1).

Femme de 33 ans. — Rate en ectopie, située dans la fosse iliaque gauche. Sang normal. — Splénectomie (28 janv. 1897). — Laparotomie médiane, allant de l'ombilic au pubis. Ligature du pédicule. — Poids de la rate : 770 grammes. — Guérison.

OBS. 253 (inédite). — *Rate flottante et salpingite. Splénectomie et castration. Guérison.* (G. RICHELOT)

Constance G..., femme M..., âgée de 23 ans, fleuriste. Née à Alger, la malade y a habité jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle a eu deux accouchements normaux, l'un à 17 ans, l'autre à 19 ans. Elle est bien réglée et n'a jamais eu de maladie sérieuse.

Depuis un an, elle se plaint d'une douleur vive et persistante dans la partie gauche du ventre. A cette époque elle s'est aperçue de la présence, à ce niveau, d'une tumeur qui, d'abord peu volumineuse, s'est accrue progressivement. L'état général s'est altéré : pâleur du visage, faiblesse, incapacité de travailler, amaigrissement.

La malade entre le 2 juin 1897 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Richelot.

L'examen de l'abdomen y fait reconnaître dans sa portion gauche l'existence d'une tumeur empiétant légèrement sur la partie droite. Elle est irrégulièrement arrondie, très mobile, dure, assez douloureuse à la pression, mate à la percussion. — Toucher vaginal : L'utérus semble en rétroversion; le col utérin est gros et dur; dans le cul-de-sac gauche on trouve une induration douloureuse à contours vagues. — L'état général est médiocre. — Le sang est de composition normale.

(1) Cette observation paraîtra in extenso dans *Il Poliolinco* en février 1898.

M. Richelot pense à une hypertrophie de la rate coexistant avec une salpingite gauche.

Opération, 15 juin 1897. — Laparotomie médiane, la malade étant placée sur le plan incliné. A l'ouverture du péritoine on n'aperçoit pas la tumeur qui a glissé vers le diaphragme. M. Richelot parvient à la saisir profondément et l'amène facilement entre les lèvres de la plaie abdominale. Il s'agit bien de la rate hypertrophiée (volume des deux poings), d'aspect normal, très mobile, sans adhérences. Le pédicule très vasculaire est long et étroit; on le divise en plusieurs portions qu'on lie séparément au catgut. — La rate étant enlevée, M. Richelot explore le pelvis; les annexes droites sont saines; la trompe gauche, augmentée de volume, parenchymateuse, et l'ovaire gauche, gros et polykystique, sont enlevés.

Suites opératoires. — Furent excellentes, et la malade sortit de l'hôpital, complètement guérie.

IX. — Splénectomies pour torsion du pédicule de la rate.

OBS. 254. — *Torsion du pédicule d'une rate mobile, produite 2 mois auparavant; péritonite. Splénectomie. Mort un mois après.* (GERSUNY. *Wiener medic. Presse*, 1888, p. 52. — In LIEFFRING, obs. 24. — MORAULT, obs. 12.)

Il y a 2 ans, une étrangère de 37 ans vint me trouver pour se faire opérer d'un kyste de l'ovaire. Après son seul accouchement, il y a quatre ans, elle avait remarqué une tumeur dure, qui, à droite, se trouvait au niveau de l'entrée du bassin et paraissait en sortir. Après une année, chute de l'utérus, bientôt complète. La tumeur abdominale augmentait rapidement, changeait facilement de place et déterminait des douleurs. Fièvre. Dyspnée. Affaiblissement. Amaigrissement.

Examen. — Tumeur abdominale dure, grosse comme une tête, flottante dans du liquide ascitique, d'origine incertaine. Malade pâle, et de mauvais aspect. — Gersuny pense à une tumeur ovarienne, sans en avoir la certitude.

Quelques jours après, fièvre et violentes douleurs.

Opération. — Ecoulement de six litres d'ascite. Séreuse intestinale injectée en rouge sombre, dépolie, ternie, comme veloutée. On reconnaît immédiatement qu'il s'agit de la rate très hypertrophiée qui, après libération de quelques adhérences lâches, intestinales et épiploïques, fut enlevée par section du pédicule après pincement préalable de ce dernier. Ce pédicule, long, avait fait 2 tours de spire et contenait de très grosses veines, thrombosées pour la plupart. Artères perméables.

Rate. — Poids, 2,508 gr. Renferme un grand nombre de grands et petits foyers nécrotiques.

La malade supporta bien l'opération, quoique très sanglante. Cependant la

fièvre persista; puis météorisme, ventre douloureux, vomissements. — Mort au bout d'un mois par péritonite préexistante.

Gersuny fait remarquer que s'il était intervenu aussitôt après la torsion du pédicule, qui s'était produite deux mois auparavant, la malade aurait été sauvée.

OBS. 255. — *Rate flottante; torsion du pédicule. Mort pendant l'opération par syncope due aux tractions sur le pédicule de la rate.* (DITTEL. *Soc. des méd. de Vienne*, 9 mars 1888. — *Revue des sciences méd.*, t. 33, p. 224.)

Femme de 24 ans, atteinte de cystite avec hématurie. On trouve au-dessus du ligament de Fallope, du côté droit, une tumeur plus grosse que le poing, peu sensible à la pression, ayant la forme du rein et facile à refouler en haut. On admet un rein flottant.

LAPAROTOMIE. — Au moment où le chirurgien saisit la tumeur, syncope mortelle. L'opération a duré trois quarts d'heure.

AUTOPSIE. — Ce n'est pas le rein droit, mais la rate très hypertrophiée, fixée dans le bassin; il existe une triple torsion du ligament gastro-splénique. On trouve, du reste, une cysto-pyélo-néphrite chronique avec dégénérescence amyloïde du rein gauche et destruction presque complète du rein droit, de sorte que la malade devait succomber dans un bref délai.

OBS. 256. — *Splénectomie pour hypertrophie paludéenne de la rate. Mort le 7^e jour par embolie.* (WILLIAM GOODELL. *Obstetrical Society of Philadelphia*, 2 février 1888. — *New-York med. Journ.*, t. 47, 25 février 1888, p. 217. — *Med. and surg. reporter*, Philadelphie, 1888, p. 237.)

Femme de 40 ans, ayant eu autrefois la malaria. Depuis son mariage, il y a 18 ans, elle habite une contrée salubre et n'a plus eu d'accès de paludisme. Deux accouchements. A la suite du dernier accouchement, la malade a eu des métrorrhagies abondantes qui ont nécessité le repos au lit pendant six mois. Depuis cette époque sa santé a toujours été chancelante. Ses règles étaient abondantes et douloureuses. En mars dernier, elle eut une violente attaque fébrile que les médecins considérèrent comme une manifestation du paludisme, avec hémoptysies et hématuries. On découvrit à ce moment une tumeur abdominale douloureuse qu'on considéra comme un fibrome de l'utérus. — Cependant à un examen plus soigné on constata que l'utérus, repoussé en rétroversion, était indépendant de la tumeur et que celle-ci, située dans la partie gauche de l'abdomen, s'avancait d'une part jusque dans la région de la rate, et, d'autre part; déprimait le cul-à-sac antérieur du vagin. Les douleurs étaient permanentes et l'état général était mauvais, cachectique. Goodell porta le diagnostic de sarcome de l'ovaire ou de l'épiploon.

Opération. — Après l'incision du péritoine on tombe sur une tumeur de coloration rouge sombre, rattachée aux organes ambiants par des vaisseaux longs et tortueux. La plupart de ces vaisseaux venaient de l'épiploon qui avait disparu, probablement incorporé par la tumeur, et qui n'était plus représenté que par ses vaisseaux véritablement disséqués. Ligatures de ces vaisseaux.

C'étaient eux qui avaient assuré la nutrition de la tumeur, car son pédicule était tout à fait long, mince et tordu.

Après l'opération le diagnostic était encore hésitant. La tumeur fut envoyée au Dr Formad qui déclara qu'il s'agissait d'une rate leucémique. Elle ne pesait pas tout à fait 6 livres.

L'état de la malade fut excellent pendant 4 jours. Puis apparurent des phénomènes d'embolie avec des crachats striés de sang; et la mort survint le sixième jour.

Goodell n'a pu trouver dans la littérature médicale que dix cas de splénectomie pour rate leucémique, avec cinq morts et une guérison. — Dans son cas le diagnostic n'avait pas été fait parce que c'est seulement après l'opération qu'il eut connaissance de la production d'hémoptysies et d'hématémèses (1).

OBS. 257. — *Splénectomie pour rate flottante avec torsion du pédicule.* (Y. H. BOND. *Medical Press and Library*, 23 mars 1889. — *The Weekly medical review*, Saint-Louis, 13 avril 1889, XIX, p. 393.)

Femme de bonne santé antérieure. Quatre accouchements. Après son troisième accouchement, il y a quatre ans, elle constata l'existence d'une petite tumeur mobile, du volume d'une orange, dure au toucher et située dans la fosse iliaque droite. Cette tumeur continua à s'accroître lentement sans déterminer aucune douleur. — Dans la matinée du 15 mars, elle fut prise de violentes douleurs dans la région lombaire, qui la forcèrent à s'aliter. Elle a dû rester couchée depuis ce moment. Du 15 au 20 mars, persistance des douleurs, constipation opiniâtre. Vomissements bilieux les 15, 16 et 17 mars. — Le 21, les douleurs sont devenues intolérables. Météorisme. Réapparition des vomissements. Affaiblissement.

Elle entre à l'hôpital. Elle est actuellement enceinte de 6 mois. — Avant son entrée à l'hôpital, une ponction exploratrice faite dans la tumeur par un médecin, a donné issue à du sang.

État actuel. — Collapsus. Pouls petit, 136. Temp. : 37°,8. Respir. 24, anxieuse. Vomissements. L'utérus est gros. Dans l'hypochondre droit et la région lombaire droite, tumeur dure, très douloureuse à la moindre palpation. La douleur et le météorisme empêchent de pratiquer un examen complet de la tumeur.

La mort de la malade semblant imminente, on se décide à pratiquer la laparotomie.

LAPAROTOMIE, 22 mars 1889. — Incision médiane, sus et sous-ombilicale. Libération des adhérences qui fixent la tumeur. On éprouve beaucoup de difficultés pour déterminer la nature de la tumeur qui est noire. Quand elle eut été amenée hors de l'abdomen, on constata qu'il s'agissait d'une rate flottante, ayant acquis trois fois le volume d'une rate normale. Le pédicule, qui était tordu, fut lié avec trois fils de soie, puis sectionné. — Au moment de l'ou-

(1) Nous ignorons sur quelle raison se base Goodell pour déclarer qu'il s'agit ici d'une rate leucémique.

verture du ventre, un flot de liquide sanguinolent s'était échappé. Il y avait une congestion intense du péritoine qui était dépoli, mais pas de fausses membranes. — A la fin de l'opération : Pouls petit, 149; temp. : 38°,5; resp. 24. On administre à la malade de nombreux excitants.

Avortement le lendemain matin; perte de sang insignifiante. Le pouls, qui jusque-là avait été assez bon, cesse tout à coup de battre, puis réapparaît après une injection sous-cutanée de whisky et de digitale. — Mort le 24 mars.

AUTOPSIE. — Viscères abdominaux adhérents à la paroi abdominale par des fausses membranes. Foie et reins anémiés. Pas d'hémorrhagie.

Rate. — Poids : 1.600 gr. Dimensions : 12 centim., 7 centim., 20 centim.

OBS. 258. — *Splénectomie pour torsion et rupture d'une rate mobile. Mort.* (FUSSEL. *University med. Magazine*, juillet 1890, II, p. 649. — *Brit. med. Journ.*, supplément du 4 août 1880, p. 2. — ID LIEFFRING, obs. 29. — MORAULT, obs. 13.) Opér. : PENROSE.

Femme de 50 ans. Elle a souffert pendant un an d'un sentiment de tiraillement fatigant, pénible, dans le côté gauche; après un bon repas, elle eut des douleurs abdominales, avec vomissements et diarrhée. Une tumeur fut découverte dans le flanc gauche, occupant la majeure partie du pelvis.

Opération au bout de quarante-huit heures. — On trouva que la tumeur était une rate déplacée, dont le pédicule était tordu, ce qui avait causé la rupture de l'organe. Extirpation de la rate. Lavage et toilette du péritoine. Mort le lendemain.

La rate avait quatre fois son volume normal; elle était plutôt molle et se trouvait déchirée au niveau du hile; le pédicule était en bon état. Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie.

Fussell pense que le résultat aurait été tout autre s'il n'y avait pas eu de retard à l'opération.

OBS. 259. — *Ectopie de la rate avec torsion du pédicule. Splénectomie.* (HEURTAUX, de Nantes. *Bull. Soc. de chir.*, Paris, 1893, XIX, p. 752.)

Jeune fille de 17 ans. Pas de fièvre intermittente; mais habite un pays à malaria. Réglée depuis un an, très abondamment.

Il y a un mois, au moment où les règles auraient dû reparaitre, elle a éprouvé une vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite. On découvre alors dans cette région une tumeur, d'abord de petit volume, grosse comme un demi-œuf, pour employer l'expression de la mère, mais qui en quatre jours prend un assez grand développement. En même temps, fièvre et quelques vomissements. Depuis lors la malade a toujours souffert et, à peu près chaque jour, elle a eu de la fièvre.

A son entrée à l'Hotel-Dieu de Nantes, le 10 août 1893: pâleur, amaigrissement, faiblesse. — A l'examen du ventre, même sans y toucher, on voit une tumeur qui fait saillie dans la moitié droite de l'hypogastre. Au palper, on sent une tumeur arrondie, ferme, non fluctuante, douloureuse, qui présente les

limites suivantes : En haut, elle remonte au niveau d'une ligne transversale passant par l'ombilic ; en bas, elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne ; à droite, elle est appliquée directement sur la fosse iliaque ; à gauche, elle atteint et même dépasse un peu la ligne médiane. De ce côté gauche, la tumeur a la forme d'un bord mousse, épais, au-dessous duquel il est possible d'enfoncer un peu les doigts. Mobilité absolument nulle. Ces explorations sont douloureuses, surtout à la partie moyenne de la tumeur. — Matité de la région malade complète, partout ailleurs sonorité normale.

Le toucher vaginal fait reconnaître un utérus médiocrement mobile. Dans le cul-de-sac antérieur et dans celui du côté droit, on sent l'extrémité inférieure de la tumeur, mais celle-ci est profonde, ne fait pas bomber les culs-de-sac.

Autres organes sains. — Pouls faible, fréquent. — Température oscille entre 37°,2 et 38°,6.

Plusieurs chirurgiens pensent à une hématoecèle ou un hémato-salpinx.

Dans les huit jours qui suivent l'entrée de la malade à l'hôpital, la tumeur a notablement augmenté de volume, État général reste mauvais.

Laparotomie, 19 août 1893. — Incision médiane commençant à 2 centim. au-dessus de l'ombilic et s'étendant jusqu'au pubis. Péritoine épaissi et absolument adhérent à la tumeur. Quand on le décolle, il sort du sang noirâtre, et, à un moment, un peu de liquide roussâtre qui semble être du pus. — La tumeur étant découverte sur une certaine étendue, on voit une masse d'un rouge foncé et violacé, qu'on parvient à décoller complètement et à attirer hors du ventre. Il s'agit de la rate, tombée dans la fosse iliaque droite et ayant éprouvé un mouvement de rotation de trois quarts de cercle qui s'est effectué de gauche à droite. L'extrémité supérieure de l'organe a plongé en bas et, à droite dans l'excavation pelvienne, en arrière du ligament large où elle adhère ; l'extrémité inférieure est dirigée vers l'ombilic. Le bord tranchant ou droit de la rate se trouve à gauche ; c'est lui que l'on sentait au palper abdominal et sous lequel les doigts pouvaient s'engager. Le bord épais est situé en dehors, à droite, appliqué contre la fosse iliaque droite. Il y a donc eu une culbute de la rate avec torsion de son pédicule, la face antérieure de l'organe n'ayant pas cessé d'être tournée en avant. Le pédicule est gros comme le pouce ; il se dirige naturellement vers la partie supérieure gauche de l'abdomen et paraît très tendu. On le lie en deux faisceaux avec du catgut et on le retient avec une pince tire-balle pour s'assurer qu'il ne saigne pas après sa section. Comme il n'y a pas de suintement, on l'abandonne à lui-même et il disparaît de suite dans l'angle supérieur de la plaie.

Avant la découverte et le traitement du pédicule, on avait eu à se débarrasser d'adhérences notables. D'abord avec le péritoine pariétal qui adhérait largement à la rate et assez intimement pour que, dans une grande étendue, la capsule splénique lui soit restée adhérente, la décortication se faisant entre le tissu de la rate et la capsule. L'épiploon, adhérent à la partie supérieure de la tumeur, est lié et coupé. Deux anses d'intestin grêle adhèrent intimement à la rate : l'une à gauche, l'autre dans l'excavation pelvienne. En outre, le cæcum et son

appendice sont maintenus en dehors par quelques adhérences facilement détruites. On peut donc dire que cette rate, à part quelques points très limités, était unie à tous les organes qui l'entouraient.

On enlève, avec la curette, les portions de capsule restées adhérentes au péritoine, et la cavité abdominale est lavée à l'eau salée à 6 p. 100. Un gros drain en caoutchouc, plongeant dans le cul-de-sac recto-utérin, est fixé à l'angle inférieur de la plaie.

Après l'opération, la malade reste faible, très pâle, avec tendance à la syncope; pouls petit et fréquent. — Soir: T. 38°,9. — Lendemain et surlendemain: T. 37°,6 à 38°,1. — Ventre plat, non douloureux. Agitation. Mort le 22 août (3 jours après l'opération).

AUTOPSIE. — Une ou deux cuillerées de sérosité purulente enkystée aux environs du cæcum. Fausses membranes très épaisses dans la région cæcale.

Examen de la rate. — Poids: 615 gr. : long. 18 centimètres; larg. 11 centimètres, épais. 7 centimètres. Tiers inférieur normal. Deux tiers supérieurs altérés; tissu plus compact, friable, hépatisé en quelque sorte; la capsule manque dans une grande étendue, car elle est restée adhérente au péritoine et aux organes voisins. — Il semblait y avoir tendance à la nécrose et à l'élimination de la portion de la rate enflammée, car on voit à la surface externe de l'organe et sur la coupe longitudinale, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, une sorte de sillon qui tend à séparer la partie malade de celle qui était à peu près saine.

OBS. 260. — *Splénectomie pour une tumeur malarienne avec torsion du pédicule. Mort deux mois après.* (ERIBERTO AIEVOLI. *Rif. med.*, 1895, I, p. 98. — In OLGIATI, obs. 28.)

Assunta S..., 23 ans. Accouchement il y a quatre ans. Il y a trois ans, apparition de fièvres paludéennes, à type d'abord quotidien, puis tierce depuis quelques mois. A cette époque commence, dans l'hypochondre gauche, le développement d'une tumeur qui continue à s'accroître progressivement, malgré l'emploi de la quinine, et empêche la malade de travailler aux champs. A la fin de septembre, la fièvre devient plus élevée et persistante. La malade, très faible et souffrante, doit garder le lit.

État actuel (premiers jours d'octobre 1894). — Épuisement tel que la malade ne peut répondre aux interrogations ni permettre qu'on l'examine attentivement. Fièvre continue rémittente, catarrhe bronchique, diarrhée, qui la font admettre provisoirement dans un service de médecine.

Développement énorme et asymétrique de l'abdomen. La tuméfaction abdominale est plus accusée dans le plan antéro-postérieur. Toute la moitié droite du ventre, et une portion peu étendue débordant à gauche la ligne médiane sont un peu plus proéminentes que le reste de la région ilio-hypochondriaque gauche, qui est déprimée. A la palpation, grande sensibilité, tension notable des parois abdominales, pas d'épanchement. A la percussion, zone de matité splénique absolument absente. Limites de la matité hépatique normales en

haut ; en bas elle se continue avec une matité uniforme qui occupe toute la moitié correspondante de l'abdomen, du flanc à la ligne blanche, et la dépasse, surtout au voisinage de l'hypogastre, de trois travers de doigt environ. Rien d'anormal dans le reste de l'abdomen où existe de la sonorité tympanique.

La palpation fait reconnaître la présence anormale d'un corps volumineux à surface lisse, allongé, en haricot, à contours irréguliers, à encoches, et obliquement dirigé de haut en bas, et de droite à gauche. — On ne réussit pas à mobiliser la tumeur ; elle est animée de mouvements en rapport avec le jeu de la respiration. La matité de la tumeur se confond, en arrière et à droite, avec celle du rein ; en haut du canal avec celle du foie ; et d'autre part, le déplacement intestinal vers la gauche rappelle les tumeurs du rein.

Urines normales.

Examen du sang. — G. R. 450.000 ; blancs, 11.200. (Hématimètre de Fleischl, 61.)

Après quelques jours, on s'aperçoit un matin que la tumeur a subi un déplacement ; elle était située en travers, un peu obliquement, de manière qu'un des pôles atteignait l'hypochondre gauche, l'autre se perdait dans la fosse iliaque droite. J'en viens à faire le diagnostic différentiel seul possible entre une tumeur rénale et une tumeur splénique, admettant, avec neuf chances sur dix, qu'il s'agissait d'une hypertrophie splénique malarique, compliquée de migration de l'organe. Malgré les graves conditions générales, la malade, dans l'impossibilité de travailler, réclamant à tout prix l'intervention, nous nous y décidons.

Opération, 26 octobre. — Incision paramédiane gauche, allant à 15 centimètres au-dessus de l'ombilic. Le péritoine ouvert, on voit apparaître subitement la couleur caractéristique de la capsule splénique. La main est introduite pour reconnaître s'il y a des adhérences antérieures. On en trouve à peine, mais il est impossible d'explorer la surface correspondant au hile à cause des vastes dimensions de la tumeur. On agrandit en haut et en bas l'incision, qui s'étend de la symphyse à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice. Malgré l'énorme brèche, la tumeur s'oppose à l'issue de l'intestin. On réussit, après des manœuvres pénibles, à engager dans l'ouverture le pôle inférieur. Une profonde déchirure parenchymateuse, produite au cours de ces manœuvres, oblige à hâter l'opération, en raison d'une hémorrhagie à craindre. Contrairement au pédicule long auquel on s'attendait, on trouve un pédicule dont la faible longueur était encore de beaucoup diminuée en raison de la torsion répétée de la tumeur. En outre, adhérences nombreuses entre la face antérieure et le péritoine pariétal. On arrive à extraire l'autre pôle, et par l'espace très court et étroit qui permettait d'atteindre la face postérieure de la tumeur, on rompt de nombreuses adhérences.

Elles sont coupées entre deux ligatures ; les adhérences très nombreuses à l'intestin grêle sont détachées au thermocautère aux dépens de la capsule et du parenchyme splénique. Adhérences nombreuses de la grande courbure de l'estomac et de la queue du pancréas divisées au thermo-cautère. Révision, hémostase du pédicule : suture en chaîne à la soie.

Rate. — Poids après l'opération, 3,300 gr. ; après la perte de sang, 2,320 gr. ; longueur 45 centimètres, largeur 22. — Histologie : processus malarique chronique.

Suites. — Aucune douleur locale ; vomissements persistants ; diarrhée ; toux et expectoration. — Bacille de Koch dans les crachats. T. 38°. — La plaie, infectée par les mains de la malade, suppure. — Le 29 décembre, après une aggravation des phénomènes respiratoires, la malade meurt (deux mois après l'opération).

AUTOPSIE. — Pas de péritonite. Nombreuses adhérences péritonéales. Pédicule cicatrisé. Reins anémiés. Foie gras. Pleurésie adhésive, bronchite diffuse ; tuberculose du poulmon droit.

OBS. 261. — *Torsion du pédicule d'une rate en ectopie, simulant une tumeur de l'ovaire.* (HENRY GRAY CROLY. *Transactions of the royal Academy of Medicine in Ireland*, XIV, 1896, p. 262.)

Femme de 40 ans. 7 accouchements. De bonne santé antérieure. L'été dernier, elle nota la présence dans le côté gauche d'une tumeur qui s'accrut progressivement, sans être douloureuse et détermina bientôt un certain degré d'oppression. La malade croyait être enceinte.

Elle entre à l'hôpital de Dublin le 7 décembre 1895. Tumeur abdominale résistante, mais paraissant fluctuante, surtout développée à gauche, fixe. On pense à une tumeur de l'ovaire.

Opération. — Laparotomie. On tombe sur une tumeur volumineuse, résistante, adhérente à l'intestin grêle. On libère les adhérences avec les doigts sans déterminer d'hémorrhagie. La tumeur, qui remplit la région splénique, est solidement fixée et ne peut être mobilisée. En agrandissant l'incision abdominale, on reconnaît le pédicule, résistant, qu'on lie à l'aide de deux fils de soie. On le sectionne. Pas d'hémorrhagie.

Toilette péritonéale. L'opération, rapidement conduite, avait été bien supportée par la malade.

Elle est bientôt prise de vomissements. Collapsus. Mort. Autopsie impossible.

OBS. 262. — *Rate mobile. Splénectomie après plusieurs tentatives de réduction. Guérison.* (GLASGOW. *Trans. of the Americ. Assoc. of the Obst. and Gynec.*, Philadelphie, 1891, VIII, 238. — In LIEFFRING, obs. 31. — MORAULT, obs. 7.)

Femme 23 ans. Bonne santé antérieure. En décembre 1889 a commencé à perdre l'appétit, a souffrir dans le côté droit au niveau de la région scapulaire. État nerveux très prononcé.

22 avril. Examen après éthérisation : Dans le bassin masse qui refoule l'utérus à droite et en avant sans avoir de connexions intimes avec lui ; irrégulièrement lobulée, très dure, du volume d'une grosse orange ; on ne peut la refouler en dehors du bassin. — Diagnostic : fibrome de l'ovaire. — Traitement électrique ; aucun résultat.

LAPAROTOMIE, 22 mai 1890. — Rate enclavée dans l'excavation, reliée à

l'épigastre par un large pédicule. Assez péniblement on la désenclave et on la replace dans l'hypochondre gauche, espérant qu'une inflammation adhésive consécutive à l'opération va contribuer à la fixer en situation normale.

3 juin. Depuis la veille, sensations identiques à celles que la malade avait autrefois : douleurs dans le dos, excitation. Rate retombée dans l'excavation. — Plaçant la malade dans la position genu-pectorale, on dégage la rate de l'excavation. — Les jours suivants elle y retombe. — On se décide à la fixer à la paroi abdominale et à déterminer par un tamponnement iodoformé la production d'une cicatrice épaisse et solide.

Incision à 2 centimètres du rebord costal, longue de 7 centimètres ; on amène la rate dans la plaie. *Le pédicule est tordu une fois.* Soutenant la rate avec une lanière de gaze, on renonce après examen à la fixer, la friabilité de la capsule semblant s'y opposer.

SPLÉNECTOMIE après ligature du pédicule en six nœuds. Cautérisation du pédicule.

Guérison. — Quatre mois après, la malade continue à aller bien.

Rate. — Triplée de volume.

OBS. 263. — *Rate mobile. Torsion du pédicule. Splénectomie. Guérison.* (ALBERT. *Soc. impéριο-royale des médecins de Vienne*, mars 1885. — *Verhandl. d. Ges. f. chir.*, 1885, t. XIV, p. 63. — *Semaine médicale*, mars 1885, p. 90. — In FOUBERT, obs. 35. — LIEFFRING, obs. 7. — MORAULT, obs. 9.)

Femme, 34 ans. Fièvres intermittentes dans sa jeunesse. Grossesse à 23 ans. Depuis cette époque, règles irrégulières ; elles sont venues pour la dernière fois, extrêmement abondantes, le 1^{er} février. — Depuis un an, tumeur dans l'hypochondre gauche, du volume d'un œuf de poule, douloureuse pendant la marche et la station debout. Pendant un an la tumeur reste stationnaire. — Le 15 février, après avoir dansé de 8 heures du soir à 1 heure du matin, sans être lacée ni corsetée, la malade fut prise de nausées et, rentrée chez elle, eut des vomissements noirs. Elle remarqua à ce moment que la tumeur était située plus bas et plus à droite qu'auparavant. L'abdomen se tuméfia et devint douloureux (péritonite).

A l'entrée à la clinique d'Albert (18 février) : malade très pâle, anémiee. — 160.000 G. R. et 26.000 G. B. par millimètre cube. — Douleurs abdominales. Nausées et vomissements continuels. — Ventre tuméfié. Au palper on trouve une tumeur occupant l'hypochondre droit, l'épigastre, descendant jusqu'au voisinage du pubis gauche, obliquement dirigée par conséquent en bas et à gauche. Cette tumeur est un peu douloureuse, mate, un peu mobilisable mais douloureusement, immobile pendant les mouvements respiratoires, lisse, séparée de la paroi antérieure par une couche de liquide. — T. 38°,9.

Opération, 8 mars. — Incision médiane de l'ombilic au pubis. Après écoulement d'un litre et demi de liquide ascitique on voit la tumeur de couleur bleu violacé, présentant à sa surface quelques caillots sanguins et sur ses bords quelques molles adhérences qui la retiennent à la paroi. Quelques adhérences ana-

logues en arrière avec l'intestin et l'épiploon. Il est facile de voir qu'il s'agit d'une rate hypertrophiée et ectopiée. — Deuxième incision perpendiculaire à la première, dirigée transversalement de l'ombilic vers la droite. Le pédicule, du volume de deux doigts, s'insère sur le milieu de la face postérieure de la tumeur, enserré en deux points, au niveau du hile et 6 centimètres plus loin par des bandes conjonctives formées par le bord droit de l'épiploon et par la queue du pancréas que fixent des fausses membranes. Ce pédicule est détordu de 180° par un mouvement de rotation de droite à gauche et de bas en haut. Section entre deux ligatures en masse. Toilette du péritoine.

Examen de la rate. — Poids : 2,700 gr. ; long. 21 centimètres ; larg. 17 centimètres. — Parenchyme noirâtre ; il s'agissait d'un infarctus splénique.

Guérison. — Trois semaines après l'opération :

3.660.000 G. R.

12.000 G. B.

OBS. 264. — *Rate mobile. Torsion du pédicule. Splénectomie. Guérison.* (PROCHOWNICH. *Soc. med. de Hambourg*, 21 avril 1882. — *Deut. med. Woch.*, 1885, p. 479. — In LIEFFRING, obs. 8. — MORAULT, obs. 10.)

Femme 41 ans, vient consulter pour des pertes rouges continues. Quinze accouchements, et quatre avortements, le dernier le 20 novembre 1884. Déjà longtemps avant la dernière grossesse, la malade éprouvait de la lourdeur dans le ventre et une tension douloureuse à la base du thorax ; parfois même les douleurs étaient telles qu'elles amenaient de la boiterie tantôt à droite, tantôt à gauche.

Dilatation, curetage et lavage de l'utérus. Pendant l'anesthésie, on constate la présence d'une tumeur, indépendante de l'utérus, mobile et peu sensible. Sa forme, l'absence de matité splénique, la présence des reins dans leur situation normale font penser à une rate mobile. — Pendant plusieurs semaines, on essaie de calmer les douleurs et de faire cesser les troubles de la marche (bandages, pelotes ou pessaires), mais en vain.

LAPAROTOMIE. — Rate hypertrophiée mesure 21 centimètres sur 15. Pédicule très large et assez long, tordu sur son axe d'un demi-tour. On la dégage de la partie droite de l'excavation. Après détorsion, le pédicule se raccourcit et diminue de moitié par suite de son élasticité. Première ligature en masse, puis ligature séparée de chacun des vaisseaux. Réduction du pédicule.

Amélioration rapide de l'état général. La marche devient facile.

OBS. 265. — *Rate mobile et paludique, pédicule tordu. Ablation. Guérison.* (G. B. LAWRAISON, *New-Orléans. Med. and surg. Journal*, 1888, t. XVI, 354. — In LIEFFRING, obs. 23. — MORAULT, obs. 11.)

Femme, 31 ans. Six accouchements. A eu des métrorrhagies. Fièvre intermittente il y a quatre ans. Il y a deux ans, époque à laquelle son médecin lui dit qu'elle avait une tumeur paludique, elle commença à souffrir de fortes douleurs dans le dos, les côtés et le bassin. Ces douleurs, imputées à l'utérus, étaient

périodiques et lancinantes. La santé générale s'altéra rapidement, les règles devinrent abondantes, prolongées et douloureuses ; l'appétit disparut, il survint de la céphalalgie avec nausées et insomnie.

A son entrée, le 12 mars 1888, la malade, qui avait la mine d'une personne atteinte de cachexie palustre, se plaignait de douleurs pelviennes, surtout marquées dans le côté gauche. La station debout et la marche étaient pénibles. Plusieurs médecins firent à ce moment le diagnostic de fibrome utérin. — Utérus très augmenté, en rétroversion ; col hypertrophié, récliné et dur. L'utérus avait à peu près le volume d'une tête d'enfant, remontait jusqu'à l'ombilic, était dur, sensible et parfaitement mobile. Sa cavité mesurait 10 centimètres.

Je confirmai le diagnostic fibrome et l'on eut recours à l'électricité, appliquant un pôle dans l'utérus et faisant des séances de huit minutes avec un courant de 75 milliampères. A chaque séance, la malade accusait des douleurs pelviennes intenses et était obligée de garder le lit pendant quelques heures. Au bout de cinq semaines de ce traitement, l'utérus avait considérablement diminué de volume et la menstruation était redevenue normale.

Le 13 mai, à la suite d'une course dans la salle, douleur lancinante et intolérable dans le côté gauche, douleur qu'on ne put calmer que par l'alitement et la morphine.

Le 14, je trouvai, à gauche de la ligne blanche, une tumeur ayant l'aspect d'une rate hypertrophiée, complètement distincte de l'utérus, très mobile, pouvant se réduire au-dessous des côtes gauches. On cessa le traitement électrique et l'on donna, à cause de la périodicité des douleurs, de la quinine à haute dose.

Un mois plus tard, 15 juin, douleurs plus continues. Injection de strychnine et de codéine deux fois par jour dans la rate. Aucune amélioration.

LAPAROTOMIE, 2 août. — Incision de 17 centimètres, dont un au-dessus de l'ombilic. Rate apparaît immédiatement. Pédicule long de 8 pouces, tordu ; veines énormes, de la grosseur de l'intestin. Section du pédicule entre deux ligatures ; puis ligature séparée de chaque veine et de chaque artère.

Guérison.

Examen de la rate. — Poids : 1,620 gr. ; long. 30 centimètres ; larg. 17 centimètres ; épaisseur 10 centimètres. Une fois dégagée du sang qu'elle contenait, volume normal. Structure normale.

OBS. 266. — *Rate mobile. Torsion du pédicule. Laparotomie. Reposition de la rate. Nouvelle torsion. Splénectomie. Guérison.* (BLAND SUTTON. *London clin. Soc.*, 12 décembre 1892, XXVI, 46. — *British med. Journ.*, 1892, II, p. 1334. — *Semaine médicale*, 1892, 516. — In LIEFFRING, obs. 34. — MORAULT, obs. 6.)

Femme de 22 ans, mère d'un enfant, portant depuis un certain temps une tumeur du côté gauche du ventre.

En mars, crise violente de douleurs, vomissements, diarrhée. A son entrée à Middlesex hôpital, tumeur très mobile ; on hésite entre un kyste de l'épiploon et une rate mobile.

Le 21 mars, incision exploratrice, rate mobile à pédicule tordu. On détord le pédicule, la rate reprend sa place. Les douleurs cessent, la malade quitte l'hôpital après six semaines, munie d'une ceinture; la rate est en bonne position.

Le 7 juillet, elle revient, la tumeur a reparu; la malade a été reprise subitement de douleurs abdominales aiguës avec vomissements, diarrhée, hémorrhagie par le vagin.

Le 9 juillet, on trouve la rate dans la fosse iliaque droite, au-devant du cæcum; le 10, elle est dans la fosse iliaque gauche au contact du ligament de Poupert; le 12, elle est dans l'excavation, son extrémité inférieure en contact avec l'utérus.

SPLÉNECTOMIE, 12 juillet 1892. — Incision médiane de l'ombilic au pubis. Le pédicule fait trois tours complets, ses veines sont gonflées: son volume est celui d'un énorme cordon ombilical. Ligature entre-croisée à la soie, ligature de sûreté en masse. Guérison.

Rate. — Elle pesait 480 gr. Tissu normal.

En mai 1894, la malade est revue. Elle est en parfaite santé. G. R. 5.540.000, G. B. 2 pour 1.000 rouges. Hémoglobine 70 p. 100

En juillet 1897, cette malade jouissait d'une excellente santé (*communication écrite*).

OBS. 267. — *Ectopie d'une rate malarique. Torsion du pédicule. Splénectomie. Guérison.* (W. CONKLIN. *Tr. Ohio. M. Soc. Toledo*, 1894, 366. — *Medical Record*, 28 juillet 1894, p. 103. — In OLGIATI, obs. 22. — MORAULT, obs. 8.)

M^{me} A., 29 ans, secondipare, entre à l'hôpital Sainte-Elisabeth le 29 mai 1893. Menstruation normale, santé générale peu altérée.

Sa jeunesse s'est passée dans un district du sud Illinois où règne la malaria. Depuis son mariage elle est venue à Ohio. Elle était sujette aux frissons et aux accès de fièvre et a presque toujours eu dans le côté une tumeur malarienne. Pendant quelques mois elle n'a pas eu de malaria, et sauf une fièvre typhoïde, elle n'a pas été sérieusement malade.

Les symptômes graves qui la gênent dans ses occupations domestiques se sont montrés pour la première fois il y a deux ans. Elle éprouva des douleurs abdominales et pelviennes, et quelques mois plus tard on découvrit une tumeur dans le bas-ventre. A l'examen on reconnut que cette tumeur était solide, très mobile, sensible au toucher, située dans la fosse iliaque gauche, plongeant dans le bassin, sans connexions avec l'utérus qui était de volume normal mais en rétroflexion. Petit kyste de l'ovaire droit.

Le Dr Jewett, dans le service duquel elle entra, fit une laparotomie le 10 juin 1893. La tumeur solide était une rate presque triplée de volume, libre d'adhérences et fut rapidement remise en place. L'ovaire droit contenait un kyste gros comme une petite orange, il fut enlevé. Ovaire gauche normal. L'abdomen fut fermé sans drainage. Convalescence sans incident. Elle fut bientôt renvoyée chez elle avec recommandation expresse de porter toujours une ceinture abdominale très serrée, dans l'espoir de maintenir la rate en place.

Elle rentre à l'hôpital pendant mon service, le 23 septembre 1893. Peu après son retour chez elle, elle avait commencé à souffrir de symptômes pelviens et pendant deux mois elle eut des douleurs abdominales à paroxysmes qui la forçaient à s'aliter ; son abdomen s'était très développé. — Il y a 6 jours, faisant sa lessive, elle fut prise d'une douleur angoissante et subite de l'abdomen qui ne se calma que par la morphine. Le matin suivant, vomissements bilieux et abondants qui se reproduisent souvent depuis. Malgré un traitement énergique, pas de selles depuis plus d'une semaine. Température normale.

A l'examen, ventre tympanique, très sensible à la pression et occupé par une tumeur immobile, solide, qui remplit tout le côté gauche, des côtes au bassin, et s'étend considérablement par delà la ligne médiane. On peut facilement la percevoir par le vagin.

L'opération précédente simplifiait grandement le diagnostic et ne permettait pas de douter que la tumeur ne fût une rate hypertrophiée et enflammée. Les symptômes aigus furent attribués à une obstruction intestinale, due soit à la compression de la rate, soit à des adhérences avec les débris de l'ovaire. Les symptômes devinrent rapidement plus graves jusqu'à 28 heures après son admission ; alors l'intestin obéit au traitement, après quoi les vomissements cessèrent et l'état général s'améliora. Le répit fut de courte durée.

La sensibilité locale, les crises paroxystiques et les vomissements réapparaissent avec de la fièvre. La T. oscilla de 37°,3 à 38°,4 pendant dix jours et montait à 37°,8 le matin de l'opération. De la péritonite s'était évidemment déclarée, et, à une consultation tenue par les médecins de l'hôpital, il fut décidé que l'ablation de la rate offrait la seule chance de guérison.

Opération, 7 octobre. — Incision de la paroi de 9 pouces et demi, le long du bord externe du muscle droit du côté gauche. En explorant la rate, contrairement à ce que les renseignements de la première opération permettaient d'attendre, on la trouve adhérente à la paroi abdominale, à l'épiploon et à l'intestin. Les adhérences intestinales sont particulièrement solides et étendues, enveloppant toute la surface inférieure et interne de la tumeur. Leur libération demanda beaucoup de temps et malgré les plus grands soins, la capsule de la rate fut déchirée en plusieurs points. Le péritoine laissait voir des traces non équivoques d'inflammation. Le pédicule était long, tordu trois fois sur lui-même, et ressemblait, avec ses vaisseaux gorgés et sinueux, à un énorme cordon ombilical. Il fut transfixé, lié avec de la soie cordée très forte, suivant la manière de Staffordshire, et pour plus de sécurité, compris dans un second tour de la ligature. La ligature fut coupée ras, le pédicule laissé dans la cavité. Un drain en verre fut placé et l'abdomen fermé rapidement à cause de l'état de la malade.

L'hémorrhagie fut légère et facilement arrêtée. Le shock cependant fut profond et tout à fait hors de proportion avec la quantité de sang perdu au cours de l'opération. Les injections d'eau-de-vie et de strychnine furent largement employées.

A part le shock qui fit craindre une issue fatale pendant quelques heures, et la température qui pendant douze jours varia de 37°,3 à 37°,8 comme avant l'opé-

ration, il n'y eut rien de particulier pendant la convalescence. Aucune explication de la courbe de température ne put être trouvée dans l'état du ventre et rien ne l'aurait fait soupçonner sans le thermomètre.

Examen de la rate vidée de son sang : Poids, 4 livres 1/4 ; longueur : 10 pouces ; largeur 5 pouces 1/2. Elle était plus dure et plus noire que normalement. Épaississement du tissu trabéculaire et intercellulaire ; pigmentation de la paroi des vaisseaux. *Hyperplasie chronique, probablement paludéenne.*

Aujourd'hui, sept mois après l'opération, M^{me} A... a engraisé et dit qu'elle est très bien. Elle n'éprouve que de l'assouplissement continu. Ses vêtements lui paraissent lourds.

Par un oubli regrettable, l'examen du sang n'a été fait ni avant ni sitôt après l'opération. Aujourd'hui le rapport des globules rouges aux blancs est normal.

OBS. 268. — *Splénomégalie paludique ; rate mobile ; torsion du pédicule ; péritonite généralisée. Splénectomie. Guérison.* (HENRI HARTMANN. *Bull. Soc. de Chir.*, 11 avril 1894, p. 499 ; rapp. de Terrier. — *Congrès français de chirurgie*, 23 oct. 1895, p. 599 ; obs. I. — In LIEFFRING, obs. 38. — MORAULT, obs. 3. — DARFEUILLE. Thèse Paris, 1894, obs. I.)

Jeune fille, 18 ans. Fièvres intermittentes de 3 à 12 ans. A cette époque elle souffrait de douleurs dans le côté gauche et était, paraît-il, porteuse d'une grosse rate. Traitement par la quinine et les douches. — Elle a toujours ressenti quelques troubles douloureux du côté de la région splénique.

Entre le 8 avril 1893, à l'hôpital Bichat, pour des accidents de péritonite aiguë.

Ceux-ci avaient débuté brusquement le 26 mars dans l'après-midi. Deux heures après son déjeuner, étant en train de se promener, elle fut prise de douleurs abdominales, dont elle ne peut nettement préciser le siège. Ces douleurs s'accompagnèrent de vomissements et d'un état de malaise tel, qu'elle fut obligée d'entrer dans une pharmacie. Transportée chez elle, elle continua à vomir pendant les deux jours qui suivirent, 27 et 28 mars, et fut obligée pendant ce temps de garder le lit. Le 29 elle put se lever et travailler un peu. Elle était cependant souffrante, vomissait et éprouvait des douleurs abdominales chaque fois qu'elle prenait quelque aliment. Le ventre, qui avait commencé à se tuméfier dès le début des accidents, continuait à grossir. Le 2 et le 3 avril elle se purgea sur le conseil d'un médecin, puis resta sans aller à la selle jusqu'au 6 avril où elle eut des garde-robes spontanées. Les accidents, malgré l'atténuation momentanée qui avait suivi la brusquerie du début, continuent et s'aggravent. Douleurs de la miction. La malade se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Face pâle, yeux excavés, pouls petit à 120, apyrexie. — Ventre ballonné, tendu, douloureux à la moindre pression, ce qui empêche toute palpation. Matité partout, sauf dans la région épigastrique, les hypochondres, le flanc gauche et la partie la plus postérieure de la fosse iliaque. — Organes génitaux sains. — Quelques vomissements bilieux avec un état nauséux et des efforts de vomissements presque continuels.

Opération, 9 avril. — Avant d'inciser la paroi, nous percutons de nouveau l'abdomen, la matité a partiellement changé de place. La fosse iliaque droite, qui hier était mate, est aujourd'hui sonore ; par contre, la partie postérieure de la fosse iliaque gauche, sonore hier, est actuellement mate dans toute son étendue. Malgré l'anesthésie il est impossible de constater quoi que ce soit au palper du ventre, tant est grande la tension de ses parois.

Incision sous-ombilicale, qu'on prolonge ensuite au-dessus de l'ombilic. L'épiploon, rougeâtre, épaissi, adhérent, occupe toute l'étendue de notre incision. Il laisse voir par transparence une masse rouge brun sous-jacente ; nous le décollons facilement avec le doigt, les adhérences étant molles et récentes. A ce moment s'écoulent 2 à 300 grammes de liquide citrin, un peu rougeâtre, mêlé de débris fibrineux. L'épiploon, pris dans une pince, est rabattu sur une compresse stérilisée. Nous nous trouvons alors devant une rate turgescente, énorme, déplacée, à grand axe oblique en bas et à droite, par sa surface convexe devenue antérieure. Nous l'attirons au dehors, décollant de sa face profonde des anses d'intestin grêle rouges, tomenteuses, recouvertes et agglutinées par des exsudats fibrineux. Nous arrivons ainsi sur le pédicule de la rate ; pédicule gros, du volume d'un cordon ombilical, deux fois tordu sur lui-même, dans le sens des aiguilles d'une montre. Nous le détordons, puis le lions avec un double fil de soie entre-croisé, faisant ensuite par-dessus tout un nœud de sûreté. A la coupe du pédicule nous voyons des vaisseaux thrombosés. Ligature et résection de l'épiploon altéré.

Examen de la rate. — Turgescente, un peu indurée, sans infarctus. Poids, 2,190 grammes. — Examen microscopique (Pilliet) : Lésions récentes de thrombose, altérations scléreuses anciennes avec endartérite et disparition complète des corpuscules de Malpighi.

Le liquide et les exsudats péritonéaux ne contiennent aucun micro-organisme (Morax).

Suites normales. — Disparition des phénomènes douloureux ; vomissements cessant bientôt. Les 5 et 10 mai, petit accès de fièvre paludéenne (petits frissons, chaleur, sueurs).

Sortie le 16 mai en parfaite santé.

Le 23 avril, souffle jugulaire léger, à tonalité basse ; souffle léger, systolique à la base. — Le 17 juin, abcès tardif de la paroi abdominale. — Le 16 août, la malade est en parfaite santé, aucun trouble fonctionnel, pas d'épistaxis, pas d'hypertrophie ganglionnaire, pas de développement du corps thyroïde. Les premières règles, venues depuis l'opération, sont apparues le 9 juillet et ont duré trois jours au lieu de cinq ou six, qui étaient leur durée habituelle. Les règles suivantes, 12 août, ont duré deux jours.

Poids avant l'opération : 52 kilog. ; après 46 ; aujourd'hui, 55 kil. 500.

Le 20, élimination spontanée d'un fil de la suture aponévrotique. Fermeture immédiate de la fistulette.

13 février 1894. Va toujours bien ; très légère événtration. Poids : 59 kilog. — Octobre 1895 : santé parfaite.

Examen du sang (VAQUEZ) (1).

	G. R.	HÉMOGLOBINE	VALEUR HÉMOGLOBINE (par millions de glob.)	G. B.
23 avril 1893.	1.634.000	45	27	12.000
6 mai	2.460.000	72	28	11.000
17 juin	3.392.000	87	25	20.000 (abcès paroi abdominale).
19 août	3.795.000	80	23	16.000
13 mai 1894..	5.530.000	110	24	27.000
2 oct. 1895..	3.977.000	100	25	8.000

(Appareil Malassez.)

L'examen des préparations sèches, aux mêmes époques, montra que le volume des G. R., exagéré après l'opération (8 μ 10, le 23 avril), ce qui tenait à l'état du sang, influencé par l'anémie palustre, était redevenu normal un an plus tard (7 μ 7, le 13 mai 1894).

Numération des différentes variétés de G. B. (coloration à l'éosine et à l'hématéine) :

	PETITS MONONUCLÉAIRES p. 100	GRANDS MONONUCLÉAIRES p. 100	POLYNUCLÉAIRES p. 100	LEUCOCYTES ÉOSINOPHILES p. 100
25 avril 1893.	16	20	61	3
6 mai	15	23	62	1
17 juin	18	32	49	1
19 août	24	24	50	2
13 mai 1894.	18	15	66	1
2 oct. 1895.	21	11	62	6

OBS. 269. — *Ectopie de la rate; torsion du pédicule. Splénectomie. Guérison.* (G. RICHELOT. *Académie de médecine*, 13 juin 1893. — *Bulletin méd.*, 14 juin 1893, p. 552.)

Femme de 27 ans. Deux accouchements. Depuis le dernier accouchement, il y a trois ans, elle souffrait et passait dans son lit la moitié de son existence. Symptômes de compression des organes pelviens, sans troubles fonctionnels de l'utérus.

Entrée à l'hôpital St-Louis le 24 janvier 1893. — Tumeur hypogastrique de la grosseur des deux poings, arrondie, assez mobile, située sur la ligne médiane. Cul-de-sac de Douglas rempli par une masse rénitente qui refoule l'utérus en avant et que le doigt peut soulever sans la mobiliser complètement. Certaine, mais non complète indépendance de l'utérus et de la tumeur. — Diagnostic : fibrome plus ou moins pédiculisé. — L'urgence de l'opération ne faisait aucun doute.

(1) Ces chiffres sont un peu différents de ceux rapportés dans la thèse de Lieffring. Ils ont dû être rectifiés à la suite de la correction que nous avons faite de la pipette dont nous faisons alors usage. (HARTMANN et VAQUEZ. *Comptes rendus. Soc. de Biologie*, 30 janv. 1897, p. 126.)

LAPAROTOMIE. — On écarte une masse épiploïque mollement adhérente à la tumeur sous-jacente. Puis apparaît une tumeur ardoisée, lie de vin, qui est formée par la rate triplée de volume. Son extrémité supérieure touche la fosse iliaque droite, sa face interne coiffe l'utérus et le colle au pubis, son bord postérieur occupe le cul-de-sac de Douglas, son bord antérieur est voisin de la symphyse pubienne, sa face convexe regarde en haut. En contournant l'organe avec le doigt pour l'extraire, on constate qu'il adhère partout, mais faiblement, à l'épiploon qu'on a déjà détaché en partie, au cul-de-sac de Douglas et à l'utérus dont on l'isole facilement. Difficultés pour le faire passer par la plaie abdominale, car on ne veut pas déchirer son tissu friable avec des pinces à traction. Agrandissement de l'incision abdominale. Énucléation de la rate. L'extrémité inférieure de l'organe avait entraîné la queue du pancréas jusqu'au fond du petit bassin; l'extrémité supérieure avait été chercher l'appendice iléo-cæcal dans la fosse iliaque droite et lui adhérait intimement. Ce dernier rapport fut détruit un à un par les doigts, sans trop de peine. Ligature (en chaîne au catgut) du pédicule, formé par l'épiploon gastro-splénique allongé et par le tissu même du pancréas, puis section.

Suites très simples. — Sortie de l'hôpital au bout de 15 jours. Trois mois après, parfaite santé.

OBS. 270. — *Ectopie d'une rate malarique, avec torsion de son pédicule; accidents péritonéaux à évolution lente. Splénectomie. Guérison.* (DAYOT fils, de Rennes. — MORAULT, obs. I.)

Eléonore G..., 31 ans. Pas de grossesse. Malaria à l'âge de 10 ans. En 1883, Eléonore G..., qui travaillait aux champs, est prise brusquement de douleurs abdominales avec vomissements, fièvre, courbature générale, mais pas de syncope. Elle s'étend à terre pendant quelques instants, puis peut regagner seule et sans aucun aide son domicile, distant de quelques centaines de mètres. Elle s'alite jusqu'au lendemain et reconnaît que son ventre a grossi et durci sur une grande étendue du côté gauche. Tous ces accidents disparaissent rapidement, le ventre se dégonfle, reprend sa souplesse et Eléonore G... ne ressent plus rien d'anormal.

Trois mois après, les mêmes accidents se reproduisent, et depuis lors, pendant sept ans et demi, se montrent de temps en temps, de préférence dans les jours qui précèdent l'apparition des règles, alternant avec des périodes de santé à peu près satisfaisante pendant lesquelles le gonflement et l'induration de la portion gauche de l'abdomen disparaissent partiellement, ne laissant après eux qu'un sentiment de plénitude qui empêche la malade de « crocheter ses jupes ». De plus, si elle fait un travail un peu fatigant, elle est généralement prise de vomissements et de coliques très fortes.

En 1890, le ventre prend un développement progressif et durable. — En 1892, Eléonore G... consulte le Dr Rascol (de Rétiers), qui rencontre dans la région sous-ombilicale une tumeur dure, lisse, uniforme, indolente, paraissant très mobile, accolée à la paroi abdominale, s'étendant de la fosse iliaque droite à la fosse iliaque gauche dans laquelle elle s'élève un peu plus, s'enfonçant

dans le bassin. Le Dr Rascol pense se trouver en présence d'un fibrome et pratique, dans la tumeur même, plusieurs injections d'ergotine. Chaque injection est suivie d'un grand frisson et de vomissements, le tout durant d'un quart d'heure à une heure. Sous l'influence de ce traitement, la tumeur diminue, les crises disparaissent, tous les symptômes sont atténués. — En janvier 1894, l'amélioration ne progresse plus, la tumeur abdominale, quoique diminuée, persiste toujours; le Dr Rascol adresse alors la malade au Dr Dayot, dans le service duquel elle entre le 8 février, réclamant une intervention chirurgicale, ce à quoi elle est poussée par le retour de troubles fonctionnels analogues à ceux dont elle a déjà souffert.

État actuel. — La malade est amaigrie et ne présente pas d'œdème ni aux membres inférieurs ni à la paroi abdominale. — Le ventre est développé dans sa région sous-ombilicale, à peu près comme dans une grossesse de six mois; l'ombilic n'est pas effacé, il n'y a ni vergeture ni ligne brune abdominale. Au palper, on reconnaît l'existence d'une tumeur indolente, lisse, aplatie, occupant la fosse iliaque gauche, la région hypogastrique et empiétant légèrement sur la fosse iliaque droite. Le bord supérieur de cette tumeur est arrondi, facile à circonscrire, distant de quatre à cinq centimètres de l'ombilic; son bord inférieur plonge dans le bassin, laissant toutefois insinuer la main entre la tumeur et le pourtour de l'excavation pelvienne. La tumeur est de consistance ferme, sans points fluctuants, mobile dans le sens transversal, beaucoup moins dans le sens verticale. Matité au niveau de la tumeur, sonorité au-dessus. La tumeur est indépendante de l'utérus. — Pas d'ectopie rénale, pas de troubles urinaires. — Le diagnostic reste incertain.

Opération, 18 février 1894. — Incision de 10 centimètres, commençant à quelques centimètres au-dessous de l'ombilic. Un peu d'ascite. Le grand épiploon est étendu sur la face antérieure de la tumeur à laquelle il adhère. Il est très vascularisé; certaines veines ont le volume de l'axillaire: La main introduite dans l'excavation pelvienne contourne facilement la tumeur, la refoule de bas en haut et l'on peut constater qu'elle est absolument indépendante des organes génitaux. C'est alors que l'on reconnaît le tissu splénique. Le chirurgien remonte vers le bord supérieur et sectionne l'épiploon entre deux rangées de ligaments larges. Une ligature en chaîne est posée sur la portion gastro-colique qui est réclinée vers la partie supérieure de l'abdomen; l'autre portion demeure adhérente à la rate. Celle-ci est isolée de deux anses d'intestin grêle qui adhéraient largement à sa face postérieure. L'intestin est refoulé, et la rate est sortie de l'abdomen. On peut alors se rendre compte que son pédicule allongé a subi une torsion d'un demi-tour. La rate était donc en ectopie iliaque gauche et pelvienne, disposée de telle sorte que son hile regardait en haut et en arrière, son extrémité supérieure était à droite, son extrémité inférieure à gauche. La face externe regardait en avant et en bas, appliquée derrière la paroi abdominale dont la séparation l'épiploon. Une partie de cette face s'engageait dans l'excavation pelvienne. C'était le bord postérieur de l'organe que l'on sentait en haut, du côté de l'ombilic.

Le pédicule contient deux artères principales très volumineuses et plusieurs artérioles. Le système veineux est très peu développé. Ce pédicule est sectionné entre deux pinces à ligaments larges, lié en chaîne à la soie plate et touché au thermo-cautère.

Suites opératoires. — Les suites de cette intervention sont très bénignes, la malade se lève au bout de vingt jours, et, le 24 mars, rentrée chez elle, elle écrit au docteur Dayot qu'elle se porte très bien.

Treize mois plus tard, elle revient à l'Hôtel-Dieu de Rennes pour occlusion intestinale. Opération. Mort par perforation intestinale.

Examen de la rate. — Long., 25 centim. Poids, 650 gr. (après écoulement du sang qu'elle contenait).

OBS. 271. — *Rotation de la rate. Extirpation. Guérison.* (EDW. MALINS. *Lancet*, 15 sept. 1894, p. 627. — BUREAU. Thèse de Paris; 1896, obs. 10. — MORAULT, obs. 5.)

Femme, 30 ans, petite, maigre. Quatre accouchements. — Depuis quelques mois elle a remarqué dans le côté gauche, au-dessous des côtes, une tumeur, mobile, indolente, augmentant rapidement, s'étendant sur la ligne médiane et jusque vers le côté droit, mais ne produisant aucune gêne.

Le 25 décembre, sans chute, ni effort, elle fut prise d'une violente douleur dans l'abdomen, avec vomissements et prostration. Cet état se maintint avec peu ou pas d'amélioration jusqu'à son entrée à l'hôpital de Birmingham (21 décembre 1893).

L'abdomen était tendu, douloureux à la palpation. Dans la partie inférieure gauche de l'abdomen était une tumeur dure, lisse, très sensible. On pouvait la delimitier vers l'ombilic en haut et à gauche, mais à cause de la tension des parois abdominales, on ne pouvait reconnaître les autres contours. En bas elle s'enfonçait dans le bassin, repoussant l'utérus en arrière. Par le toucher, on sentait à gauche l'extrémité de la tumeur, mobile autant qu'on pouvait s'en assurer. A droite l'on percevait un bord. — Température, 37°,8; pouls, 110. — Visage anxieux, langue sèche, pas d'albumine dans l'urine.

Opération, 2 janv. 1894. — Laparotomie médiane. On reconnaît la rate hypertrophiée, de couleur pourpre, tendue et ayant subi une rotation d'un demi-tour sur son axe. Le pédicule est gros comme le pouce, les veines thrombosées et dures. En essayant de remettre l'organe en place, on pouvait craindre de briser le cordon qui tendait à reprendre sa torsion anormale. Deux ligatures de soie forte sur le pédicule, sans transfixion, et rate extirpée. Des adhérences épiploïques furent liées et coupées. La cavité abdominale fut soigneusement vidée d'environ six onces de liquide séreux rouge.

Suites. — Le lendemain, température 37°, pouls 100. Le sixième jour, température normale, pouls 82. Convalescence sans incident. Sortie le 25 janvier, se trouvant mieux que quand elle avait sa rate.

Examen de la rate. — Poids, 1,500 gr. Dure, noire, non altérée dans sa forme. Torsion marquée des vaisseaux du pédicule qui étaient thrombosés et imperméables.

Examen du sang :

4 janvier, G.R.	4.900.000	G.B.	10.000 = 1 G.B. : 490 G.R.
17 janvier, —	4.600.000	—	15.000
30 mars, .., —	5.050.000	—	30.000 = 1 G.B. : 168 G.R.
28 avril, .., —	4.840.000	—	30.000
23 mai, ... —	3.300.000	—	50.000 = 1 G.B. : 66 G.R.

OBS. 272. — *Extirpation d'une rate flottante avec torsion de son pédicule. Guérison.* (A. RUNGE, de Göttingen. *Berlin. klin. Woch.*, 22 avril 1895, n° 16, p. 346. — *Arch. gén. de méd.*, 1895, II, p. 218. — *Bulletin méd.*, 1895, p. 521.)

Femme de 21 ans, qui se plaignait de grosseur dans le ventre avec tiraillement et douleurs d'estomac. On constatait dans le petit bassin une tumeur de la grosseur des deux poings, présentant la consistance du rein, rencontrant l'utérus en arrière, mais sans connexion avec l'appareil génital. Cette masse était très mobile. Sang normal. Urines normales. Diagnostic hésitant entre rein et rate mobiles.

LAPAROTOMIE. — Incision médiane. Libération des adhérences de la tumeur et de l'épiploon. La tumeur est formée par la rate très hypertrophiée, congestionnée et appendue à un très long pédicule. Le ligament gastro-splénique est tordu une fois sur son axe, avec la queue du pancréas. Détorsion ; double ligature des gros vaisseaux. On sépare la queue du pancréas du ligament splénico-phrénique et de la rate. Nouvelle ligature sur le pédicule, par prudence. On place quelques sutures dans le tissu pancréatique.

Examen de la rate. — Long., 17 centim. ; larg., 12 centim. ; épais., 6 centim. ; poids 850 gr. Artères du hile perméables, urines remplies de sang coagulé. A la coupe, rate était rouge foncé et présentait quelques hémorrhagies. Ce sont en somme les mêmes lésions que celles d'un kyste de l'ovaire tordu sur son pédicule. — Examen histologique : splénite chronique.

Guérison complète trente-cinq jours après l'opération.

Examen du sang. — Après l'opération : augmentation des G. B. sans diminution des G. R. ; rapport 1 à 100. — A partir de la quatrième semaine le nombre des G. B. commence à diminuer. Jamais de cellules éosinophiles, ni d'augmentation de volume des glandes lymphatiques et thyroïdiennes.

X. — Splénectomie dans la tuberculose, la syphilis et la dégénérescence amyloïde de la rate.

OBS. 273. — *Tuberculose de la rate ; rate mobile. Splénectomie.* (ANDREW SAINT-LAWRANCE-BURKE. *The Dublin Journal of medical science*, t. 87, juin 1889, p. 540.)

Femme de 27 ans. Entre à l'hôpital le 4 juillet 1888, se plaignant de douleurs violentes dans la région splénique. On reconnaît l'existence d'une tumeur abdominale volumineuse, aplatie, présentant une encoche, extrêmement mobile,

dont le point d'attache est situé dans la région lombaire gauche. Cette tumeur s'accroît rapidement depuis six mois, époque où la malade s'est aperçue de son existence. Grâce à un traitement à base de fer et de quinine les phénomènes d'anémie diminuent notablement mais l'accroissement de la tumeur continue. Les poumons sont sains ; les crachats ne renferment pas de bacilles tuberculeux.

Opération, 3 août 1888. — Incision médiane sous-ombilicale de 10 centimètres, qu'on agrandit secondairement pour permettre le passage de la tumeur. Ligature du pédicule de la rate à la soie.

Après l'opération : T. 37°,3 ; P. 84. — Soir : T. 37°,8 ; P. 140. — La malade sort jusqu'à une heure du matin. A ce moment elle se plaint de douleurs dans le ventre et l'épaule : injection de morphine.

4 août. Pas de douleurs ; P. 125 ; T. 38°,9. — A midi : T. 40° ; P. 140. — A 3 heures du soir : T. 41°,1 ; P. 140 ; respiration rapide. — Mort presque subite à 6 heures du soir.

On ne peut faire l'autopsie.

Rate. — Poids : 3 livres. Dimensions : 25 centim., 15 centim., 5 centim. ; après qu'elle eût été conservée vingt-quatre heures dans l'alcool. — Examen microscopique (Graves et Scott) : tuberculose.

OBS. 274. — *Splénectomie pour tuberculose primitive de la rate. Guérison.* (MARRIOTT. *Soc. de pathol. de Londres*, 19 novembre 1895. — *Lancet*, 22 novembre 1895, p. 1292. — *Semaine médicale*, 1895, p. 511. — *Mercure médical*, 1895, p. 576.)

Femme, 30 ans. Tumeur dans la moitié gauche de l'abdomen depuis deux ans. Pas d'antécédents syphilitiques, ni paludéens. Pas de tuméfactions ganglionnaires. La tumeur avait d'abord augmenté lentement de volume sans provoquer aucune sensation douloureuse ; dans ces derniers temps son accroissement devint plus rapide.

En pratiquant une laparotomie exploratrice, on se trouva en présence d'une rate fortement hypertrophiée qu'on extirpa.

Suites opératoires. — Normales. Huit mois se sont écoulés, et l'opérée continue à se trouver dans un parfait état de santé.

Rate. — Extirpée, elle avait 20 centimètres de long sur 12 de large et 7,5 d'épaisseur. Surface recouverte d'un grand nombre de nodules (aspect du foie clouté). Pulpe farcie de foyers blanc jaunâtre qui, comme le montra le microscope, n'étaient que des amas de tubercules, n'ayant subi qu'une très faible caseification. Tous les autres viscères ont été trouvés indemnes de tuberculose. La malade présentait un ulcère chronique de la vulve, lequel avait probablement servi de porte d'entrée à l'infection tuberculeuse qui s'était localisée dans la rate.

OBS. 275 (inédite). — (J. BLAND SUTTON.)

Femme mariée, âgée de 21 ans. Rate mobile et tuberculeuse. Splénectomie en octobre 1897. — Guérison. Un mois après, la santé est excellente.

OBS. 276. — (MANCUSO. In DANDOLO. *Gazetta med. lombarda*, 1893, p. 115.)

Enfant. Syphilis de la rate. Splénectomie (1888). Guérison. Poids de la rate, 1,400 gr.

OBS. 277. — *Splénectomie pour rate amyloïde. Mort par hémorrhagie.* (THÉODORE A. MCGRAW. *The medical Record*, XXXIII, 30 juin 1888, p. 711, obs. 11. — *Cent. f. Chir.*, 1889, p. 80.)

Charles S..., âgé de 27 ans, présente une tumeur splénique volumineuse remplissant la partie supérieure de l'abdomen. Bien que le cas ne soit pas encourageant, M. Graw consent à se rendre aux supplications du malade, qui souffre violemment, et l'opère le 24 mai 1881. La rate est énorme, adhérente à la paroi abdominale et au diaphragme. La libération des adhérences phrénospléniques détermine une abondante hémorrhagie. Cependant on parvient à extraire la tumeur ; on lie le pédicule en chaîne.

Mort deux heures et demie après l'opération. Il est probable qu'elle fut due à l'hémorrhagie. Cependant il est à remarquer que le foie était hypertrophié et amyloïde comme la rate. Le poids de la tumeur privée de sang était de 19 livres

XI. — Splénectomies pour lésions mal définies.

OBS. 278. — *Extirpation d'une rate paludéenne. Guérison* (1). (FIORAVANTI (1549). *Del Tesoro della vita humana*, lib. II, cap. 8, 1570. — MAGDELAIN, p. 54.) Opér. : ZACCARELLI.

Une femme de 24 ans, à la suite d'une fièvre quarte, portait une rate très volumineuse. Membres inférieurs œdématisés et ulcérés.

Plusieurs médecins consultés conseillent d'enlever la rate. Le mari s'adresse à Fioravanti. Celui-ci propose l'opération à Zaccarelli, vieux chirurgien napolitain, qui consent, à la condition que Fioravanti l'assiste.

En avril 1549, l'opération fut ainsi pratiquée : on incise en avant de la rate ; on isole l'organe de ses vaisseaux et de ses moyens d'union ; on l'enlève tout entier ; la plaie est fermée par des sutures ; on laisse toutefois une petite ouverture (*spiraccolo*) pour l'écoulement des liquides.

Guérison en 24 jours. La rate pesait 1,340 gr.

(1) L'authenticité de cette observation est loin d'être prouvée. Louis, Ribes, Hyrtl, Alfonso Corradi, G. Simon, Heinrich, Mappus (cités par Franzolini) et Franzolini *Amer. J. of the med. sc.*, 1882, p. 84) considèrent Fioravanti comme un charlatan, non digne de crédit. D'après eux, il est probable qu'il n'y a pas eu d'ablation de la rate. Cette opinion est d'autant plus plausible que Fioravanti ne publia la relation de l'opération que 21 ans après.

En rapportant cette observation, Fioravanti dit avoir fait une deuxième opération de ce genre. Les recherches qu'a faites Magdelain à ce sujet ne lui ont pas permis de trouver cette observation.

OBS. 279. — (BAKER BROWN. *Tanner's Practice of Medicine*, 1869, vol. II, p. 151, 6^e édition. — In THEILE. Thèse Berlin, 1886, obs. 27, p. 19. — FORT-BERT. Thèse Paris, obs. 23.)

Splénectomie. Mort d'hémorrhagie pendant l'opération.

OBS. 280. — (OSCAR C. DEWOLF, Massachusetts. — *Boston med. and surg. Journ.*, 8 août 1878, p. 195.)

Femme. — Rate malade est enlevée (1869 ou 1870). Bon état pendant un jour ou deux, puis mort subite.

Cette observation, résumée en quelques mots, a été publiée par un anonyme en réponse à un article de la *Lancet* (juillet 1878, p. 336), où il était dit que le premier cas de splénectomie fait en Amérique en 1877 avait été rapporté à la Société médicale de Sacramento et ensuite consigné dans le *Pacific med. and surg. Journ.* — Cette observation aurait aussi été rapportée par ILL (de Chicago) qui assistait à l'opération ; mais nous n'avons pu trouver l'indication bibliographique.

XII. — Ligatures des vaisseaux spléniques.

OBS. 281. — *Laparotomie pour rupture de la rate. Ligature des vaisseaux.* (WILLIAM HENRY BATTLE. *Med. Press. and Circular*, 19 avril 1893, t. 55, p. 403.)

Homme de 40 ans, reçu à l'hôpital Saint-Thomas le 15 juillet 1892. Il était tombé d'une hauteur de quinze pieds, mais avait pu se rendre à pied à l'hôpital qui était distant d'environ un demi-mille du lieu de l'accident.

État à l'entrée. — Shock modéré, respiration rapide, pouls faible. Douleur spontanée au niveau de la partie inférieure du thorax à gauche. Fracture de la dixième côte. Température 36°,5.

Légère diminution de la matité cardiaque, absence de matité hépatique.

Le lendemain matin, vomissements ; lèvres et visage pâles ; respiration uniquement thoracique ; P. 120. Matité dans les flancs, sonorité au niveau du foie. T. 35°,7. — A 1 h. 45 du soir, quand Battle fut appelé à le voir, il présentait des symptômes nets d'hémorrhagie interne. On pensa à une rupture de la rate.

Une injection de sérum ayant remonté le pouls, on pratique la laparotomie à 6 heures du soir. Incision médiane sous-ombilicale. On retire de l'abdomen 2.250 gr. de sang. La rate présente au niveau de sa face externe, une profonde déchirure qui s'étend jusqu'au niveau de son bord antérieur. En raison des adhérences on ne peut l'amener au dehors. On essaie en vain de passer une ligature autour des vaisseaux du pédicule. Aussitôt on pratique une seconde incision le long de la ligne semi-lunaire gauche. Avec beaucoup de difficulté on parvient à passer un fil de soie autour des vaisseaux et à les lier. Les difficultés étaient dues à ce que l'aiguille destinée à circonscrire les vaisseaux

qu'on sentait, avait dû traverser des tissus résistants. Ainsi l'hémorrhagie s'arrête. Lavage de l'abdomen. Fermeture de l'incision médiane, fermeture incomplète de l'incision latérale et drainage placé au niveau de la rate.

Après l'opération, injection intra-veineuse de sérum nécessitée par l'état du malade, qui se remonte ensuite. Dans la soirée, on dut changer les pièces de pansement qui avaient été traversées par le sang écoulé par le drain.

17 juillet. Le malade se trouve bien. T. 37°,3 à 38°,6. Dans la journée, vomissements.

Le 18. Vomissements. Douleurs abdominales. Température normale. Signes de péritonite.

Mort dans la soirée du sixième jour après l'accident.

AUTOPSIE.— On ne put la faire complète, mais elle montra l'existence d'une péritonite localisée et une déchirure étendue de la rate. Pas de sang dans le péritoine. La ligature avait respecté une branche de l'artère splénique.

OBS. 282. — *Ligature de l'artère splénique comme traitement de l'hypertrophie paludique de la rate.* (HAL C. WYMAN. *Wayne County medical Society*, 2 mai 1889. — *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, XII, 1^{er} juin 1889, p. 764.)

Homme de 45 ans. Atteint à différentes reprises d'attaques de paludisme qu'on soigna par de la quinine. Il y a trois ans, il nota l'existence d'une tumeur abdominale. Depuis un an, tout travail est devenu impossible en raison de l'oppression qui détermine la tumeur en comprimant le diaphragme. La faiblesse du malade est très marquée. Le traitement médical n'a donné aucun résultat. Le malade réclame une intervention.

Actuellement on trouve dans l'abdomen une tumeur formée par la rate hypertrophiée. On en sent le hile sous forme d'une encoche située à 2 centimètres environ à droite et en dessous de l'ombilic. Urines normales. Cœur et poumons sains. Pas de lymphangiectasie. Pas de changement dans la proportion des globules blancs et rouges du sang. La tumeur est fixe, probablement adhérente à la paroi abdominale au niveau du côté gauche, au-dessous des côtes.

Opération. — Laparotomie médiane. Épiploon adhérent à la paroi abdominale. Adhérences de la rate à l'intestin, à l'épiploon et à la paroi abdominale. On se fraie prudemment un passage jusqu'au hile de la rate. On isole deux branches de l'artère splénique et on les lie à la soie au niveau de leur entrée dans l'organe.

Shock assez marqué après l'opération; cependant le malade se remonte; 24 heures après, apparition de vomissements, la température s'élève à 40°; le pouls est petit. Les vomissements augmentent de fréquence, et la mort survient au bout de 48 heures, au milieu de phénomènes de septicémie péritonéale.

Autopsie impossible.

OBS. 283. — *Ligature de l'artère splénique pour splénomégalie leucémique.* Mort. (E. TRICOMI. 2^e Congrès internat. des sciences méd., Rome, 1894. — *Mercredi méd.*, 1894, p. 232.)

La malade, âgée de 33 ans, est atteinte de leucocythémie splénique. Les

G. B. étaient par rapport aux G. R. comme 1/70. La ligature de l'artère splénique faite, la plaie abdominale suturée avec les trois couches habituelles, l'état de la malade sembla s'améliorer. La sécrétion de la plaie fut très abondante et la majeure partie de la solution de continuité ne se combla pas. Les jours suivants on enleva les points de suture et on élargit la plaie. On vit au fond la rate en partie décomposée; on en enlevait facilement des lambeaux. Le reste de l'abdomen était indolent, maniable. L'opérée n'a jamais eu une température supérieure à 38°. L'élimination des lambeaux de rate continua jusqu'à ce que la malade mourût le quarante-cinquième jour de l'opération.

AUTOPSIE. — On trouve les deux tiers de la rate friable. Près du hile son aspect était normal. Sur la pièce anatomique que je vous présente, vous pouvez voir encore que la ligature tenait bien. Dans le reste de la cavité abdominale on n'a constaté aucune altération. On rencontra de la tuberculose dans le poumon.

OBS. 284. — *Ligature des vaisseaux de la rate chez une leucémique. Mort.* (MARCHAND et E. KUESTER. *Berlin. klin. Woch.*; 27 août 1894, n° 35, p. 813). Opér.: KUESTER.

Marchand a présenté la rate, le sang et la moelle osseuse d'une malade atteinte de leucémie, chez laquelle Kuester pratiqua la ligature des vaisseaux spléniques. La malade, très faible, mourut immédiatement après l'opération.

Kuester insiste sur les difficultés opératoires considérables qu'il rencontra, car la rate était très volumineuse.

Rate. — Poids, 5,600 gr. Long. 39 centim., larg. 23 centim. — *Moelle osseuse* (examinée encore vivante, en la maintenant dans l'étuve de Pfeiffer) : Les grosses cellules uninucléaires, constituant la majeure partie des éléments médullaires, ne présentaient plus que des mouvements très faibles. Les petits leucocytes multinucléés offraient de vifs mouvements amiboïdes. Les grosses cellules à noyaux géants n'avaient pas éprouvé d'altération de forme. On voyait, en outre, de petits leucocytes uninucléés, de nombreuses cellules éosinophiles et d'assez nombreuses hématies à noyau. Les cristaux de Neumann et de Charcot se trouvaient si petits et si rares qu'ils devaient s'être produits *post mortem*, d'autant mieux que plus tard on les revit augmentés en nombre et en dimensions d'une façon notable. A l'intérieur des grosses cellules médullaires il y avait de nombreux petits cristaux de taille variée, se colorant par la safranine et l'éosine. Les divisions nucléaires étaient rares aussi bien dans les cellules médullaires que dans les hématies à noyau.

XIII. — Exosplénopexie.

OBS. 285. — *Énorme hypertrophie de la rate, prise pour une tumeur solide de l'ovaire. Exosplénopexie. Guérison.* (HOUZEL, de Boulogne-sur-Mer. *Académie de médecine*, 1^{er} juin 1897.)

Depuis 10 ans, la malade avait subi plusieurs assauts analogues à l'actuel,

notamment en mai 1896, mais jamais aussi violents qu'aujourd'hui. Après chaque crise, son ventre grossissait de volume et restait douloureux. Il y a six ans un confrère du voisinage l'avait traitée pour un kyste de l'ovaire, diagnostic qui aurait été confirmé par un chirurgien de Lille.

Bien qu'habitait un pays coupé de canaux et de fossés de dessèchement, elle n'avait jamais eu de fièvre intermittente. C'était une grande, forte femme de 42 ans n'ayant jamais été malade jusqu'en ces dix dernières années. Elle avait eu 4 enfants encore vivants, dont le dernier avait 9 ans.

Depuis 2 jours elle avait des vomissements verdâtres, incessants, le pouls à 120, la température à 38°, elle n'avait pas uriné 100 gr., et son ventre ballonné, dur, était le siège de telles douleurs que, malgré une piqûre de morphine, elle n'avait cessé de s'agiter et de geindre.

A cause de la douleur, nous dûmes nous contenter d'un examen assez superficiel, qui nous fit trouver une énorme tumeur dure, mate, emplissant tout le ventre qui n'était un peu sonore que sur le trajet des côlons. — Par le toucher vaginal, on trouvait l'utérus un peu gros, repoussé en arrière, le cul-de-sac latéral gauche empâté, les culs-de-sac antérieur et latéral droit complètement effacés et remplis par une tumeur dure, indépendante de l'utérus et paraissant faire suite à celle du ventre. Par le palper bimanuel, pratiqué avec beaucoup de douceur, on constatait que la tumeur, résistante partout, ne présentait nulle part de fluctuation ni de flot.

Cet examen n'avait pu être que sommaire à cause des douleurs; aussi, influencé par l'étiquette « kyste de l'ovaire » mise par les médecins qui l'avaient soignée au début, nous conclûmes à une tumeur solide de l'ovaire. Un traitement par la glace intra et extra fut institué, et il fut convenu que la malade viendrait à notre clinique dès que le transport à Boulogne-sur-Mer serait possible.

Elle nous arriva le 5 août 1896, et, après deux jours consacrés à l'aseptiser, elle fut opérée le 7. Le ventre ouvert, nous tombâmes sur une vaste tumeur solide, lie de vin, de la couleur et de la consistance de la rate, remplissant tout l'abdomen et le petit bassin. Elle adhérait en avant au péritoine pariétal et au côlon, en arrière à tout l'intestin grêle.

Après avoir libéré cette énorme rate des adhérences antérieures, nous reconûmes que la splénectomie eût été trop dangereuse à cause des adhérences postérieures. Songeant alors au traitement des goîtres par l'exothyropexie préconisée par M. Poncet, nous résolûmes de l'imiter. Le péritoine pariétal fut fixé de chaque côté, à la capsule splénique, par un surjet au catgut, de façon à fermer la cavité péritonéale, tout en laissant entre les deux surjets un espace d'environ 4 doigts où la rate était exposée; les deux tiers supérieurs de la plaie cutanée furent rapprochés par quelques points de suture et la rate fut pansée à plat avec de la gaze iodoformée.

Le premier effet constaté fut la disparition de la péritonite et des douleurs; dès le deuxième jour des gaz furent expulsés par l'anus et des lavements provoquèrent des selles. — Le troisième jour, le pansement, souillé d'un écoulement

poisseux, lie de vin, d'odeur fade, fut renouvelé ; on voyait la rate tombant en déliquescence. — A chaque pausement, tous les deux jours, on enlevait de la bouillie splénique, et, l'union du péritoine à la capsule étant assurée, on désu-nissait la plaie afin d'exposer une plus grande partie de la rate.

L'état général s'était relevé, la malade allait si bien que le 30 août elle voulut quitter la clinique et retourner chez elle.

Le Dr Letailleur, qui acheva la cure, voulut bien nous donner la suite de l'observation. La plaie désunie était aussi grande que le jour de l'opération, la bouillie splénique coula de plus en plus abondante jusqu'au 8 septembre, où il enleva la rate sphacélée qui venait pour ainsi dire au-devant de sa main. Elle était encore plus grosse qu'une tête d'adulte. La plaie se cicatrisa rapidement ; au 1^{er} octobre il ne restait plus qu'un petit cratère au sommet de la plaie, et en quelques jours il fut fermé. Pour le 1^{er} novembre M^{me} M..., complètement guérie, avait repris toutes ses occupations, le ventre était souple, sans éventration et sans la moindre trace de tumeur.

OBS. 286. — *Énorme hypertrophie leucémique de la rate. Exosplénopexie. Mort par hémorrhagie.* (F. VILLAR. *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 2 juil. 1897 ; et *Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 oct. 1897, p. 481.)

Homme de 40 ans. Aucun antécédent héréditaire. Vers l'âge de 34 ans cet homme fut pris de douleurs au niveau de l'estomac, avec ballonnement épigastrique et inappétence. On le soigna pour une gastrite. Le traitement le soulagea momentanément ; mais les mêmes troubles ne tardèrent pas à se reproduire par alternatives. — En février 1894, le malade se sentit plus fatigué, se plaignit de violents maux de tête et éprouva une sensation de poids dans l'abdomen. Il s'aperçut alors qu'il avait une tumeur dure, occupant presque tout le côté gauche de l'abdomen ; pas de nausées, pas de vomissements. La tumeur continua à évoluer lentement, sans déterminer de douleur. En mai, apparition intermittente d'œdème aux fesses et au pied.

État actuel, 9 octobre 1894. — Peau très pâle, visage fatigué. Augmentation considérable de volume du ventre. Masse dure, à peu près immobile, occupant toute la partie gauche de l'abdomen. Transversalement, elle dépasse en avant la ligne blanche et s'étend en arrière jusqu'à 4 centimètres de la colonne vertébrale. Dans le sens vertical, la tumeur, cachée à sa partie supérieure sous le rebord costal gauche, descend vers l'arcade cervicale dont elle est séparée par une zone sonore et dépressible de quatre centimètres. Dans ce point se détache un prolongement qui se dirige vers la fosse iliaque droite. Matité dans toute l'étendue de la tumeur, sauf des points sonores par places. Pas d'adénopathie axillaire, ni inguinale. — Cœur bon. Respiration normale. Augmentation considérable du nombre des G. B. du sang (Sabrazès).

Le malade étant très incommodé par le poids de la tumeur, M. Villar se propose de faire une exosplénopexie.

Opération, 13 octobre 1894. — Incision de 15 centimètres. Les deux lèvres de la plaie étant écartées, M. Villar plaça des compresses stérilisées entre la

surface de la rate et la partie profonde de la paroi, tout autour de l'incision. Avant de placer ces compresses, il avait fait repousser la rate de dedans en dehors, pour tâcher, si possible, d'avoir une plus grande étendue de rate exposée. — Durée : quelques minutes.

A 5 heures du soir, le pansement était souillé de sang, de nombreux caillots remontaient jusqu'à l'aisselle. État général bon. Ligature d'une petite artère de la lèvre droite de l'incision et pincement en masse de toute cette lèvre qui saigne en nappe.

Le 14. Pansement encore souillé de sang, qui vient surtout de la lèvre gauche de l'incision. On y applique une pince. État général bon. — Dans la soirée, quelques nausées.

Le 15. Nausées. Pansement encore souillé. — Le soir, facies changé ; mais état général bon.

Le 16. Pansement toujours souillé. Mort dans la soirée.

XIV. — Laparotomies exploratrices.

OBS. 287. — *Splénomégalie paludique. Laparotomie, libération des adhérences. Guérison* (1). (VOLNEY D'ORSAY (Dorsay ou Dorsey), de Piqua, Ohio. *Albert's Lehrbuch der Chir.*, vol. 111, p. 472. — In THIELE. *Thèse Berlin*, 1886, obs. 23, p. 18. — FOUBERT, obs. 24.)

Dorsay fit le 2 septembre 1855 une incision exploratrice de l'abdomen chez une femme de 40 ans, qui souffrait depuis longtemps de violentes douleurs, particulièrement dans la région de la rate. Trouvant cet organe hypertrophié et adhérent, il brisa les adhérences et le remit en sa place normale. Il obtint ainsi la guérison.

OBS. 288. — *Tumeur hypertrophique de la rate; laparotomie exploratrice; guérison opératoire.* (TH. WEISS. *Revue médicale de l'Est*, 15 janvier 1885, p. 50.)

Joséphine G..., âgée de 20 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} octobre 1884, avec une tumeur du ventre dont le début remonte à huit mois et qui s'est développée sans douleurs notables, mais d'une façon progressive, accompagnée de quelques nausées, de perte de l'appétit et de la suppression des règles.

La tumeur, très mobile, ballotte au milieu d'un liquide ascitique. Elle est dure, lisse, et uniforme dans toute son étendue. Sa forme semble arrondie. Ses limites sont, en raison de la présence de l'ascite, difficiles à fixer ; on constate néanmoins qu'elle occupe l'hypochondre et la fosse iliaque gauches, les régions hypogastrique et ombilicale et qu'elle s'étend jusque dans le flanc droit, sans

(1) Volney Dorsay est considéré dans les différentes statistiques (les auteurs copiant les erreurs les uns des autres) comme ayant enlevé avec succès une rate paludique. Or, il libéra simplement les adhérences qui retenaient la rate, mais ne l'enleva pas. (FRANZOLINI. *American Journal of the medical science*, 1882, p. 84.)

paraître plus développée d'un côté que de l'autre. On y entend très nettement un souffle qui ressemble à celui du placenta. Le toucher, rendu difficile par la présence d'un hymen résistant et étroit, révèle que le col utérin est dévié à gauche, que l'utérus est petit et mobile, que les culs-de-sac sont libres. Foie normal. Pas d'adénopathies.

État général peu satisfaisant; amaigrissement notable; pâleur et anémie. Jamais la malade n'a eu de fièvres intermittentes.

Le diagnostic reste hésitant. Cependant on croit à une tumeur solide de l'ovaire.

Opération, 8 octobre 1884. — Laparotomie médiane. Après l'écoulement d'une quantité considérable de liquide ascitique, on aperçoit une tumeur bléuâtre, dure, lisse, se prolongeant à gauche et à droite de la ligne médiane, sans rapport avec l'appareil utéro-ovarien. On reconnaît facilement qu'il s'agit de la rate hypertrophiée. L'examen du sang, fait séance tenante, ne révèle pas une augmentation appréciable des globules blancs. Néanmoins il ne peut s'agir que d'une leucémie splénique, ce qui me décide, après quelques hésitations, à ne pas pratiquer l'extirpation de la rate (la statistique ayant démontré la gravité de la splénectomie en pareil cas). En conséquence je me résous à refermer le ventre.

Suites. — Normales.

Cependant on doit, dans la suite, pratiquer à plusieurs reprises la ponction de l'abdomen, parce que l'ascite se reproduit et menace de distendre la cicatrice. Peu de temps après la dernière paracentèse, c'est-à-dire au commencement de décembre 1884, la malade éprouve des douleurs assez vives dans le ventre et a été prise de fièvre, ce qui ne peut être attribué qu'à une poussée de péritonite péricapulaire. En effet, à l'heure actuelle, on constate que la rate est devenue immobile et qu'elle adhère à la paroi abdominale antérieure sans interposition de liquide; celui-ci se reproduit et occupe surtout le côté droit de l'abdomen. L'état général est peu satisfaisant; il y a, par instant, de l'œdème des jambes et un mouvement fébrile vespéral. La cachexie s'accroît.

L'examen du sang ne révèle toujours qu'une augmentation insignifiante des globules blancs.

OBS. 289. — *Auto-élimination d'une tumeur splénique à travers une incision exploratrice.* (HENRY MC NAUGHTON. *The Americ. Journ. of the med. sciences*, 1889, XCVIII, p. 146.)

Femme de 28 ans, mère de deux enfants, de bonne santé antérieure. Au mois de mars 1886, Mc Naughton, qui l'avait assistée dans son dernier accouchement, reconnut l'existence d'une tumeur dans la partie gauche et moyenne de l'abdomen, d'environ 25 centim. de longueur sur 15 de largeur, de consistance élastique, très mobile. Il y avait plusieurs années que la malade s'était aperçue de l'existence de cette tumeur. La santé était excellente.

En septembre 1887, apparition de douleurs abdominales avec fièvre élevée, qui disparut rapidement par le repos au lit.

En janvier 1888, il était certain que la tumeur avait notablement augmenté de volume. La matité de la tumeur s'étendait jusqu'au niveau du côlon ascendant. Œdème et douleurs dans le membre inférieur gauche avec adénopathie inguinale du même côté. Les douleurs abdominales sont devenues très violentes. Température vespérale 38° 9; légère rémission matinale. Anorexie. Amaigrissement rapide. Actuellement la tumeur n'est plus mobile; elle est devenue adhérente. La malade est obligée de se maintenir continuellement au lit dans le décubitus dorsal.

On décide de pratiquer une laparotomie afin de voir s'il est possible d'enlever la tumeur.

Opération, 22 mars 1888. — Laparotomie médiane. La tumeur a un aspect bleuâtre, comme si elle était remplie de sang veineux. La face antérieure est intimement adhérente à la paroi abdominale. En libérant ces adhérences on détermine une hémorrhagie assez considérable. Une ponction exploratrice pratiquée dans la tumeur ne ramène que du sang noir.

On conclut que l'ablation de la tumeur est impossible et on referme le ventre.

Suites. — La fièvre, la dyspnée, l'amaigrissement continuent, mais les douleurs diminuent notablement. — La plaie se réunit par première intention. Le 20 avril elle se rouvre pour donner issue à une grande quantité de pus noirâtre et de débris de tissus. Cette évacuation continue, avec des périodes d'arrêt, jusqu'au 1^{er} octobre. Elle cesse définitivement vers le milieu d'octobre. Pendant toute cette période la matité abdominale et le volume du ventre avaient diminué lentement, et l'état général de la malade s'était progressivement amélioré. L'œdème du membre inférieur disparut; la fièvre persista.

1^{er} janvier 1889. La santé semble complètement rétablie. Appétit excellent. La malade a augmenté de poids. Il n'y a plus de matité splénique; et il ne reste de la tumeur qu'une masse petite et indurée.

Bien que l'examen microscopique n'ait pas été pratiqué, Mc Naughton pense qu'il s'agissait d'une rate mobile. La torsion du pédicule aurait été le point de départ des premiers troubles, de l'accroissement de la tumeur, de la production des adhérences et enfin de la destruction de l'organe due à l'étranglement des vaisseaux et l'arrêt de la circulation dans le pédicule splénique.

OBS. 290. — *Ectopie de la rate. Laparotomie exploratrice.* (ROCHET. *Bull. de la Soc. belge de gynécologie et d'obstétrique*, t. I 1889-90, p. 229. — In LIEFFRING, obs. 26.)

Femme de 32 ans, d'aspect cachectique. Toux depuis sept ans; à l'auscultation, signes de tuberculose assez avancée. Plusieurs accouchements, le dernier il y a deux mois. A cette époque, elle sortit de son lit pour prendre un de ses enfants indisposé, et, faisant un effort pour le soulever, elle sentit une vive douleur dans le côté gauche, et fut ensuite prise d'une fièvre violente. On la transporta à l'hôpital Stuyvenberg, avec le diagnostic de fièvre puerpérale. Elle présente à ce moment des symptômes de péritonite qui s'amendent bientôt. —

Région du flanc gauche légèrement bombée par une tumeur mate à la percussion, rénitente et donnant la sensation d'une vague fluctuation. Utérus refoulé légèrement à droite, assez mobile. Cul-de-sac postérieur libre. Le cul-de-sac gauche et la région du ligament large sont le siège d'une tumeur grosse comme deux poings, fixe, mollassse, peu douloureuse, s'étendant jusqu'à la fosse iliaque, paraissant adhérente à la paroi abdominale et donnant la sensation d'une fluctuation profonde, mais pas manifeste.

Diagnostic. — Pyosalpinx gauche.

Dans le but d'évacuer et de drainer cette collection purulente sans ouvrir le péritoine, incision un peu au-dessus du ligament de Poupart et parallèle à ce dernier; décollement du péritoine avec le doigt; deux ponctions exploratrices, faites dant la tumeur avec une seringue de Pravaz, ramènent du sang pur. On croit alors à un hématosalpinx ou à une hématoécèle enkystée. Fermeture de la plaie, avec l'intention d'intervenir par la voie abdominale qu'on considère comme préférable.

LAPAROTOMIE, huit jours après. — Tumeur mollassse, bleuâtre, deux fois et demie grosse comme la rate et en ayant toutes les apparences anatomiques. Le foie et les reins sont en leur place normale, la rate n'y est pas. Hypertrophiée et ramollie, la rate était couchée sur le psoas qu'elle débordait en dedans pour tomber dans le petit bassin. Utérus et annexes sains et indépendants. Rate englobée dans des adhérences de nouvelle formation, qui la fixaient à la paroi abdominale et aux tissus voisins. Il eût été très aisé de l'enlever; mais les mauvais résultats obtenus par la splénectomie et le manque d'indications formelles poussent à refermer le ventre.

Plaie guérie *per primam*. Mort trois semaines après par la tuberculose, qui prit une marche aiguë.

OBS. 291. — *Hypertrophie considérable de la rate avec ascite et œdème des membres inférieurs. Laparotomie exploratrice. Guérison.* (RAYMOND, de Limoges. *Bull. Soc. de Chir.*, 1892, XVIII, p. 675. Rapport de MARCHAND.)

Femme, 38 ans. Fièvre intermittente à l'âge de 7 ou 8 ans. Malade depuis deux ans. Ascite abondante depuis dix-huit mois.

Actuellement, amaigrissement considérable, teint cachectique. Membres inférieurs œdématiés, ainsi que la paroi abdominale. Abdomen volumineux, ascite (déjà ponctionnée à plusieurs reprises). A la suite d'une ponction, on reconnut l'existence dans l'hypochondre gauche d'une tuméfaction volumineuse, aplatie, descendant au-dessous de l'ombilic et paraissant mobile. On pensa à une rate hypertrophiée. Foie normal. Pas d'albuminurie. État fébrile continu (38°); pouls 110. Respiration gênée.

LAPAROTOMIE, 15 avril, qui, dans l'esprit de Raymond, pouvait rester exploratrice. — Il s'agissait bien de la rate hypertrophiée, non déformée, présentant de larges adhérences avec l'angle du colon transverse, le grand épiploon, le diaphragme. L'épiploon peut être libéré, ainsi qu'une bonne partie du colon; mais, en présence de l'étendue et de la ténacité des adhérences dia-

phragmatiques, et dans la crainte d'une hémorrhagie trop abondante, l'opérateur abandonna l'idée qu'il avait d'extirper la tumeur. Lavage du péritoine à l'eau boricquée. Pendant le lavage, il se faisait sur le péritoine et dans l'épaisseur de la paroi abdominale des suffusions sanguines, formant par places de véritables thrombus.

Dès le lendemain, amélioration très sensible dans l'état de la malade ; véritable polyurie pendant plusieurs jours. Disparition progressive de l'œdème des membres inférieurs.

Sortie de l'hôpital le 8 mai, sans que le liquide se fût reproduit ; la tumeur semblait quelque peu avoir diminué de volume. — 19 juin : l'amélioration s'est accentuée. L'ascite ne s'est pas reproduite. La rate a tellement diminué qu'elle a réintégré l'hypochondre gauche. La paroi abdominale n'est plus œdémateuse.

OBS. 292. — *Énorme hypertrophie de la rate prise pour un kyste de l'ovaire. Laparotomie ; déchirure accidentelle de la rate. Au bout de quelques mois, guérison absolue.* (E. VINCENT. *Revue de chir.*, 1893, p. 461, obs. 9. — In BRANDS-TETTER. *Thèse Paris*, 1893.)

Femme de 28 ans. Depuis huit ans, accès de fièvres intermittentes. En novembre 1891 apparition d'une tumeur dans la région hypogastrique, déterminant des malaises après le repas.

État actuel, 8 mai 1892. — Santé parfaite, sauf quelques troubles digestifs après le repas. Tumeur s'étendant de la fosse iliaque gauche jusque dans la fosse iliaque droite, dépassant un peu l'ombilic en haut, en se développant davantage du côté gauche, et offrant là une limite supérieure, horizontale, nettement masquée par un rebord facilement senti. Cette tumeur est lisse, un peu élastique, non fluctuante. Elle fait saillie dans le cul-de-sac vaginal gauche, mais est indépendante de l'utérus. Matité à son niveau.

Diagnostic : kyste multiloculaire de l'ovaire.

LAPAROTOMIE, 18 mai 1892. — Incision médiane sous-ombilicale. On rompt facilement quelques adhérences qui réunissent la tumeur à la paroi abdominale antérieure. On croit, en introduisant la main dans l'abdomen, circonscrire la tumeur par en haut ; ce n'est qu'une simple apparence, car, comme on le vit ensuite, les doigts avaient pénétré dans son épaisseur. Ponction blanche. On ne trouve pas de pédicule vers le bassin ; la tumeur est libre de ce côté. On prolonge l'incision pariétale au-dessus de l'ombilic et on constate qu'il s'agit de la rate démesurément hypertrophiée. Sa déchirure, due à la pénétration des doigts dans le tissu splénique, est profonde de 8 millimètres et longue de 6 centimètres, mais n'a donné que peu de sang. On renonce à faire courir à la malade les risques d'une splénectomie. Les sutures qu'on essaie de placer sur les lèvres de la rupture les déchirent ; on se contente donc de placer à ce niveau un tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites. — Très simples. Cependant une fistulette persiste encore dans les premiers jours de juillet. État général très bon ; les malaises, qui apparaissent après les repas, ont disparu. — 10 novembre : Même état. On constate qu'il n'y

a plus trace d'hypertrophie splénique, la matité abdominale a complètement disparu.

Au niveau de la partie terminale de la fistule, qui a une profondeur de 3 à 4 centimètres, on sent un noyau résistant du volume d'un œuf. — En décembre, la fistule se ferme spontanément.

OBS. 293 (inédite). — *Splénomégalie. Laparotomie exploratrice. Mort par congestion pulmonaire.* (ROUTIER.)

Femme de 52 ans. Toujours bien portante jusqu'à la fin de 1891. A cette époque survint la ménopause qui ne détermina pas de troubles bien accentués. Depuis ce moment la malade a remarqué que son ventre augmentait de volume ; mais, comme elle ne ressentait aucune douleur, elle n'y fit guère attention. Il y a un ou deux mois, apparurent des douleurs abdominales qui ont persisté.

Le professeur G. Sée, qui vit la malade, pensa à un kyste de l'ovaire. M. Routier ne fut pas de cet avis. Il s'agissait d'une tumeur solide, située dans le flanc gauche et allant du pelvis à la région splénique. L'examen était malheureusement rendu difficile par l'épaisseur de la paroi abdominale. La tumeur ne semblait pas avoir de connexions avec l'utérus. Peut-être était-elle développée dans les annexes, mais on ne pouvait rien affirmer.

Opération, 25 novembre 1893. — Incision sous-ombilicale. On reconnaît facilement qu'il s'agit de la rate hypertrophiée et lisse. On renonce aussitôt à l'enlever, de peur que la malade ne supporte pas l'opération. L'abdomen est aussitôt refermé.

Le lendemain, l'état de la malade est bon. Dans la nuit du 26 au 27 se déclare une congestion pulmonaire intense qui emporte la malade le 27 à 4 heures du soir.

OBS. 294 (inédite). — *Splénectomie. Laparotomie restée exploratrice à cause de l'étendue des adhérences. Guérison opératoire.* (ROUTIER.)

Femme de 27 ans, entrée le 20 novembre 1895 à l'hôpital Necker, dans le service de M. Routier. — Mal réglée depuis l'âge de 15 ans. Aménorrhée depuis le 17 septembre 1895. — La malade a remarqué depuis quelque temps l'existence d'une tumeur abdominale. On trouve, en effet, dans le flanc une tumeur immobile, à bord antérieur tranchant, douloureuse à la pression, dure partout, sauf en un ou deux points où elle semble ramollie. Il s'agit évidemment d'une rate hypertrophiée. — Les fonctions digestives sont à peu près normales. L'amaigrissement est extrême.

Opération, 28 novembre. — Incision médiane sus-ombilicale. L'épiploon cache la tumeur ; on en résèque une portion. On découvre alors une tumeur. Celle-ci est intimement adhérente à tous les organes qui l'entourent. Aussi M. Routier trouve-t-il plus prudent de ne pas essayer de l'enlever. On remarque que la queue du pancréas est étalée sur le devant de la tumeur. Sutures de l'incision abdominale à la soie et aux crins.

Le 6 décembre, on enlève les crins, la réunion est parfaite. La malade se

trouve notablement soulagée. Quelques jours après, elle sort de l'hôpital; elle se sent mieux, mais elle est considérablement amaigrie.

OBS. 295. — (TH. JONNESCO. *12^e Congrès internat. de méd.*, Moscou, 1897.)

Homme de 70 ans. Splénomégalie paludique avec cachexie. Laparotomie; en raison des adhérences, de la cachexie et de l'âge avancé, on renonce à extirper la rate. Le malade quitte l'hôpital beaucoup amélioré.

TABLEAU DES OBSERVATIONS ⁽¹⁾

(1) Pour faciliter les recherches et permettre de se reporter aux observations complètes, nous avons mis à la suite de chacun des résumés le numéro de l'observation correspondante.

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	ÂGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIP.
	RODDICK. <i>Montreal med.-chir. Soc.</i> , 6 nov. 1885.	H.	.....	Plaie de l'abdomen. Rupture de la rate. Déchirure du rein gauche.	.....	Shock. Anémie. imperceptible.
1887	CROFT, in BATTLE. <i>Med. Press and Circ.</i> , 1893, 55, 403.	...	.....	Rupture de la rate.	.....	.....
	WILLIEN. <i>Indiana med. J.</i> , 1889, VIII, 267.	...	.....	Plaie de la rate.	.....	.....
1892	RIEGNER. <i>Soc. méd. Breslau</i> , 2 déc. 1892.	H.	14	Rupture traumatique complète de la rate.	Un jour.	Symptômes d'hémorrhagie intramurale.
	BERRY, in BATTLE. <i>Med. Press. and Circ.</i> , 1893, 55, 403.	...	.....	Rupture de la rate.	.....	.....
	WEIR. <i>Idem.</i>	...	.....	Rupture de la rate et du rein.	.....	.....
	W. A. LANE. <i>Idem.</i>	...	.....	Rupture de la rate.	.....	.....
	W. A. LANE. <i>Idem.</i>	...	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....
	DALTON. <i>Idem.</i>	...	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....
1895	PEYROT. <i>Soc. de Chir.</i> , Paris, 1895, 721.	H.	28	Plaie de l'abdomen par balle de revolver. Blessure de la rate. Plaie du crâne par balle.	10 heures.	Symptômes d'hémorrhagie interne.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
ptures.						
andissement de la aie. Splénectomie cile.		M. 6° h.		Une centaine de grammes de sang dans l'abdomen.		1
		M.				2
		M.				3
rotomie, incision ngitudinale et ansversale (en T).	Un mois après, gan- grène envahissante de la jambe gauche, par thrombose de la veine tibiale posté- rieure; opération de Gretti. — Hypertro- phie des ganglions de toutes les régions et du corps thyroïde. Leucocytose légère	G.	7 mois après : un G.B. pour 180 G.R.			13
		M.				4
arectomie.		M.				5
		M.				6
		M.				7
		G.				12
ion latérale lon- gitudinale et trans- versale. — Durée : h.	Etat d'abord satisfai- sant. 2 jours après, mort presque subite.	M.		Rien dans le ventre. Autopsie du cerveau non faite.		9

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINC.
1895	A. DEMOULIN. <i>Obs. inédite.</i>	H.	51	Rupture totale de la rate.	5 jours.	Symptômes de nite.
1895	PITTS et BALLANCE. <i>London clin. Soc.</i> , 14 fév. 1896. Obs. I.	H.	10	Rupture de la rate	5 jours.	Collapsus, Symptômes d'hémorrhagie intra-abdominale.
1895	PITTS et BALLANCE. <i>Idem.</i> Obs. II.	F.	45	<i>Idem.</i>	1 jour.	Symptômes d'hémorrhagie intraminale.
1895	PITTS et BALLANCE. <i>Idem.</i> Obs. III.	H.	36	Rupture complète de la rate.	.....	Symptômes d'hémorrhagie intraminale.
	DEAVER, in DOUGLAS. <i>J. amer. med. Ass.</i> , 1896, XXVI, 803.	.....	.....	Traumatisme de la rate.	.....	.....
	SODO, <i>Soc ital. chir.</i> , 1896.	H.	22	Plaie du thorax et de l'abdomen par coup de feu. Blessure de la rate et du rein.	12 heures.	.....
	BALLANCE. <i>Med. Soc. of London</i> , 11 janv. 1897. Obs. I.	.....	.....	Rupture de la rate.	.....	.....
	BALLANCE, <i>Idem.</i> Obs. II.	.....	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINC
1897	H. STRANGE et E. WARE. <i>British med. J.</i> , 1897, I, 1088.	H.	51	Rupture d'une rate probablement palu- dique.		Symptômes d'h rragie intra- minale. Dou dans la région nique.
	VIARD, in FRANZ ROUS- SET. <i>Traité nouveau d'hystéromotokie</i> , 1581.	H.	.....	Hernie de la rate.	.....	.....
	VIARD. <i>Idem.</i>	H.	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....
1673	DOTRENG TURBEVILLE in T. CLARKES. <i>Ephem.</i> , <i>nat. curios.</i> , IV et V obs., 1676.	H.	.....	Hernie de la rate et de l'intestin.	3 jours.	.....
1678	N. MATHIAS. <i>Ephem med.</i> <i>physic. nat. curios.</i> , 1684, 378.	H.	.....	Hernie de la rate.	.....	.....
	BAILLOUS. <i>Observations chirug.</i> , S. VI.	H.	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....
1680	PURMANN. <i>Chirurg. cu- rios.</i> , I, Th. S. 274.	H.	.....	Plaie de l'abdomen. Blessure de la rate.	.....	.....
1698	HANNAEUS. <i>Ephem. nat.</i> <i>curios.</i> , 1698.	H.	.....	Hernie de la rate.	2 jours.	.....
1700	GERHEZIUS, <i>Ephem. nat.</i> <i>curios.</i> , t. IX.	F.	.....	<i>Idem.</i>	4 jours.	.....
1738	J. FERGUSON. <i>Irland phi- losoph. transact.</i> , 1747, IX, 149.	H.	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....
1743	WILSON. <i>Chelius Hand- buch d. chir.</i> , 1743.	...	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
arotomie longitu- nale, médiane et térale. Adhéren- s.		M. pendant l'opéra- tion.				11
umatiques.						
nectomie.		G.				21
nectomie.		G.				22
uction de l'intes- a. Excision de la te.		G. rapide.				23
latives vaines de duction. Ligature. xcision de la rate jours après.		G.	6 mois après : santé excell ^{te} . Accouchement depuis l'opération.			24
ision de la rate.		G.				20
ulsion spontanée un morceau de te.		G.				25
ection partielle.		G.				26
nectomie.		G				27
ection partielle.		G.				28
nectomie.		G				29

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRIM
1797	DORSCH. <i>Kopp's Jahr. d. Staats kmast</i> , III, 100.	H.	35	Hernie partielle de la rate.	1 jour.	.....
1814	O' BRIEN. <i>Med. chir. J. and Review</i> , 1816, 8.	H.	39	Hernie de la rate.	Quelques jours.	Rate enflammée
1815	LENHOSSEK. <i>Hecker's medicin. Annalen</i> , 1828, S. 395.	H.	19	<i>Idem</i>	.....	Gangrène de la rate
1826	POWELL. <i>American Journal</i> , 1827.	H.	36	<i>Idem</i>.	.....	.....
1836	DONNEL. <i>Med. and phys. Soc. of Calcutta</i> , 1836.	H.	30	<i>Idem</i>.	.....	.....
1844	C. BELL. <i>Patholog. med. von Allan Webb</i> , 1844, II, 144.	H.	.....	Gangrène de la rate herniée.	.....	.....
1844	BERTHET. <i>Gaz. méd. Paris</i> , 1844, n° 18.	H.	.....	Hernie de la rate.	8 jours.	Rate en putréfaction
1844	BRESCIANI, d'après ADELMANN. <i>Arch. f. klin. chir.</i> , 1887, XXXVI, 442.	H.	.....	<i>Idem</i>.	.....	.....
1850	NOVELLI. <i>Commentatio della chirurgia</i> , Bologne, 1871.	H.	.....	<i>Idem</i>.	.....	.....
1855	J. SCHULZ, in ADELMANN. <i>Deutsche klinik</i> , 1856, n° 18.	F.	22	<i>Idem</i> .	3 jours.	Splénite avec tumeurs d'intensité générale.
1862	ALSTON, in OTIS. <i>Histoire de la guerre de Sécession</i> . vol. II, p. 150.	H.	.....	Hernie de la rate consécutive à une plaie par balle.	.....	.....

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
Action impossible. gature. Excision rtielle.		G.	23 ans après : santé excellente			30
ture. Résection la rate.	Fièvre intense.	G.				31
ture des vais- aux. Résection de rate.		G.	3 ans après : santé excellente			32
nectomie.		G.	9 mois après : santé excellente			33
nectomie.		G.				34
nectomie.		G.				35
tion partielle.		G.	Mort de pneumonie, 13 ans après.			36
nectomie.		G.				37
nectomie.		G.				38
possibilité de splé- ctomie totale à use des adhéren- s. Splénectomie rtielle.	Suppuration de la plaie. Notable hy- pertrophie gan- glionnaire.	G.				39
nectomie.		G.				40

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIP.
1868	BOUTEILLIER. <i>Mouvement méd.</i> , Paris, 1868, n° 29.	...	.....	Hernie de la rate avec plaie.	.....	.....
1869	BAZILLE. <i>Rec. de méd. et chir. militaires</i> , XXVI, 3 ^e série, 119.	H.	36	Hernie de la rate.	3 jours.	Pas de péritonite. état général. étranglée par les vres de la plaie.
1874	ELIAS. <i>Gaz. méd. de l'Orient</i> , 1874, XXVI, 43.	H.	18	<i>Idem.</i>	.....	.....
	A. PIETRZYCKI. <i>Przegląd lekarski</i> , 1874.	F.	23	<i>Idem.</i>	.....	.....
1875	MARKHAM. <i>New-Y. med. rec.</i> sept. 1875.	...	.....	Plaie et hernie de la rate.	.....	.....
1877	GOLDHADDER in ADELMANN.	F.	.....	Hernie de la rate.	.....	.....
1889	KLINGER. <i>Wien. med. Presse</i> , 1889, 1073.	H.	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....
1896	HAROLD BROWN. <i>British med. J.</i> , 1877, I, 133.	H.	35	<i>Idem.</i>	25 jours.	.....

Splénites et Pér

1711	FERRERIUS, in FANTONI. <i>Opuscula med. et physiol.</i> , Genève, 1738.	F.	30	Périsplénite suppurée.	4 mois.	Fièvre. Amaigrissement
1886	W. H. MYERS. <i>J. of amer. med. Ass.</i> , avril 1897, 371	F.	.....	Splénomégalie malarique. Périsplénite suppurée avec fistules.	1 an.	Douleurs. Mauv. état général.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
énectomie.	.....	G.	.....	.....	.....	41
section de la rate.	Pas d'hypertrophie ganglionnaire.	G.	.....	.....	.....	42
énectomie.	.....	G.	.....	.....	.....	43
énectomie.	.....	G.	.....	.....	.....	44
énectomie.	.....	G.	.....	.....	.....	45
gature. Résection 6 heures après.	.....	G.	.....	.....	.....	46
gature le 1 ^{er} jour ; e ligature le 7 ^e jour. La rate se détache e 13 ^e jour.	Symptômes de périto- nite.	G.	.....	.....	.....	47
ision paraspléni- que. Libération des adhérences après li- gature du pédicule. Splénectomie. — Durée : 30 min.	.....	G.	.....	.....	.....	48
tes suppurées.						
Ouverture de l'ab- ès périsplénique. Plus tard extirpa- ion de la rate qui se présente entre les èvres de la plaie.	.....	G.	Accouchement à terme plus tard. Mort 5 ans après.	.....	.....	49
parotomie médiane. Ouverture de l'ab- ès. Splénectomie. Drainage.	Suites simples.	G.	.....	.....	.....	50

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1897	J. BLAND SUTTON. <i>Clinical Journ.</i> , 6 oct. 1897, 369.	F.	35	Abcès périssplénique par propagation d'une cellulite pelvienne.	.....	.....
1888	D'ANTONA. <i>Ref. med.</i> , 1889, 584.	H.	20	Splénomégalie infectieuse (microbes analogues au bacille d'Eberth).	Quelques semaines.	Fièvre. Sang noir.
1894	J. MURPHY. <i>Brit. med. J.</i> , 1894, II, 979	F.	45	Rate hypertrophiée et mobile; abcès de la rate.	1 an.	Douleurs violentes. Oppression. Anxiété. Sang grisâtre. Sang normal.
1895	HATCHETT. <i>Med. record</i> , 1896, L., 426.	F.	36	Splénomégalie. Abcès splinique.	.....	Séjour au lit de 4 mois. Douleur. Affaiblissement. Fièvre.
1896	G. RICHELLOT. <i>Obs. inédite.</i>	F.	22	Splénomégalie. Rate transformée en éponge purulente. Leucocytose très marquée.	18 mois.	Aménorrhée depuis 4 mois. Amaigrissement. Aspect cachectique. Apyrexie.
Kystes simples						
	DURANTE. <i>Arch. ed. Atti d. Soc. ital. di chir.</i> Anno 5, 221.	F.	20	Kyste hydatique.	.....	.....
1867	PÉAN. <i>Union méd.</i> , 1867, 340.	F.	20	Kyste séreux; rate hypertrophiée.	2 ans.	Douleurs. Amaigrissement.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOISIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
ncision de l'abcès ; splénectomie né- cessitée par la dé- chirure opératoire de la rate.	Suites simples.	G.	Bonne santé 6 mois après.	.....	.....	51
plénectomie.	.....	G. opéra- toire.	Otite puru- lente ; hépato- mégalie, ménin- gite tubercu- leuse. Mort 5 mois après.	.....	1/10 du poids du corps.	53
aparotomie latérale. Adhérences épi- ploïques et coli- ques. Syncope au moment où on sort la rate du ventre. Splénectomie.	Amélioration progres- sive. Pneumonie.	G.	.....	.....	750 gr.	54
aparotomie sous-om- bilicale. Adhéren- ces.	Suites simples. Chute de la fièvre. Amé- lioration de l'état général. Disparition des douleurs.	G.	9 mois après. Santé excellente.	.....	3.000 gr.	55
aparotomie média- ne. Quelques adhé- rences. Ecoulement du sang splénique dans le ventre.	Affaiblissement pro- gressif.	M. dans la soirée.	.....	.....	.....	52
ou hydatiques.						
ombreuses et soli- des adhérences.	.....	M.	.....	.....	.....	56
aparotomie média- ne. Fortes adhén- ces épiploïques. Ponction, incision. Splénectomie en deux temps. Durée 2 h.	Suites simples.	G.	.....	.....	1.140 gr.	60

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1873	KOEBERLÉ. <i>Gaz. de Strasbourg</i> , 1873, 162.	F.	27	Kyste hydatique suppuré.	4 ans.	Phénomènes d'infection et suppuration du kyste depuis 10 jours (ponction)
1881	CRÉDÉ. <i>Berl. klin. Woch.</i> , 26 juin 1882.	H.	44	Kyste développé dans la moitié inférieure de la rate.	1 an.	.....
1884	KN. THORNTON. <i>Med. chir. transact.</i> , 1886, 407.	F.	19	Kyste principal avec kystes secondaires.	.....	.....
1884	J.-D. THOMAS. <i>Austral. med. J.</i> , 1884, VI, 385.	.....	.....	Kyste hydatique	.....	.....
1886	BERGMANN, in FEHLEISEN. <i>Deut. med. Woch.</i> , 1888, 1003 ; obs. I.	F.	38	Kyste hydatique. Rate mobile.	3 ans.	.....
1888	SP. WELLS. <i>Brit. med. J.</i> , 1889, II, 55.	F.	21	Kyste séro-sanguin. Rate paludique.	.....	Douleurs. A eu une attaque de peritonite.
1888	MAS. <i>Cent. f. Chir.</i> , 1889, 719.	F.	32	Kyste hydatique.	6 ans.	Douleurs. Oppression. Dépression psychique.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOISIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
aparotomie média- ne. Ponction. Adhé- rences hépatiques, coliques gastriques, phréniques. Hémor- rhagie. Pédicule fixé à la paroi. Durée: 3 h.	hock.	M. 17 ^e h.	.....	.....	.....	57
aparotomie latérale.	8 ^e jour : leucémie in- tense qui dure 2 mois. Pendant 4 mois anémie pro- fonde, gonflement thyroïdien ; puis amélioration pro- gressive.	G.	10 mois après : santé excellente.	.....	1.720 gr.	61
aparotomie média- ne. Adhérences épip- loïques. Collapsus au moment des trac- tions sur le pédi- cule.	Elévation passagère de la température, du pouls et de la respiration. Leuco- cytose passagère. Phlébite du mem- bre inférieur gau- che.	G.	2 mois après : santé excellente,	.....	.....	62
xtraction du kyste.	Hémorrhagie venue des parois de la ca- vité.	M	.....	.....	.....	59
ombreuses adhéren- ces épiploïques et intestinales, Splé- nectomie assez dif- ficile.	Sang resté normal. Pleurésie gauche.	G.	.....	.....	.....	63
upture accidentelle du kyste. Adhéren- ces intestinales. On laisse un débris de la paroi kystique. Durée : 50 m.	Amélioration progres- sive. Écoulement d'un liquide jaunâ- tre par la plaie. Cicatrisation complè- te en 2 mois.	G.	Un an après : santé excellente, sang normal.	.....	.....	64
aparatomie latérale.	4 ^e jour symptômes de péritonite circons- crite qui disparais- sent rapidement. Sang normal.	G.	11 mois après : santé excellente.	.....	830 gr.	65

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	ÂGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
....	FR. FINK. <i>Zeits. f. Heilk.</i> , 1889, 353.	H.	14	Kyste développé dans la partie inférieure d'une rate mobile.	5 mois.	.....
1890	BARDENHEUER. <i>Dent. med. Woch.</i> , 1890, 801.	F	47	Kyste. Rate en ectopie pelvienne.	.....	Douleurs vives.
1891	TERRIER. <i>Bull. Soc. de Chir.</i> , 1892, 661.	F.	33	Kyste séro-sanguin.	.....	Douleurs.
1891	A. LE DENTU <i>Etude de clin. chir.</i> , Paris, 1892, 277.	H.	36	Kyste hydatique du foie et de la rate.	.....	.....
1891	NOVARO, in PIRRI. <i>Rif. med.</i> , 1892, II, 742.	H.	16	Kyste hydatique.	7 ans.	.....
	CHALITE. <i>Wratch</i> , 1894, n° 9.	F.	36	Kyste.	2 ans.	Emaciation.
	HAHN. <i>Centr. f. Chir.</i> , 1895, 880.	F.	35	Kyste hydatique.	.....	Amaigrissement. L. cocytose légère.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
Laparotomie médiane. Résection de la partie inférieure de la rate.	Suites simples. Sang normal.	G.	6 mois après : santé excellente, parfois quelques douleurs à gauche, splénomégalie légère.	.....	.....	66
Laparotomie trans- versale sus-pubien- ne. Adhérences. Ré- section du tiers in- férieur de la rate.	Suites simples. Sang normal.	G.	.....	.....	.....	67
Laparotomie médiane. Adhérences. Inci- sion de toute la paroi kystique. Thermo- cautérisation de la plaie splénique.	Suites simples.	G.	Un an après : santé excellente ; légère splénomégalie douloureuse.	.....	.....	68
1° Laparotomie média- ne. Incision et fixa- tion du kyste hépa- tique. — 2° Lapa- rotomie latérale. Ex- cision et tentatives de fixation de la poche splénique ; déchirure et hémor- rhagie. Splénecto- mie facile.	Shock.	M, nuit suivante.	.....	.....	.....	58
Incision du kyste. Les parois étant calci- fiées, on pratique la splénomégalie.	Suites simples.	G.	.....	.....	.....	69
Adhérences épiploi- ques et intestinales.	Suites simples.	G.	2 mois après, santé excellente.	.....	.....	70
Laparotomie. Pas d'ad- hérences. Pédicule long. Splénoméga- lie facile.	Suites simples. Dispa- rition de tous les troubles. Dispari- tion de la leucocy- tose.	G.	.....	.....	.....	71

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
	V. SNÉGUIREW. <i>Semaine méd.</i> , 1895, p. LXXVIII.	F.	27	Kyste hydatique.	.....	.....
1895	TRICOMI, in T. VALEGAIG. <i>Rif. med.</i> , 1896, II, 510, obs. 12.	F.	34	<i>Idem.</i>	.....	.....
1896	TH. JANNESCO. <i>Congr. intern. des soc. méd.</i> , Moscou, 1897; obs. 7.	H.	24	Enorme kyste hydatique supparé (3 litres).	.. .. .	Pesanteur et douleur pendant le travail.
1896	A. MORESCHI in AL. GHETTI. <i>Gaz. d. Osped.</i> , 1896, 1257.	F.	42	Kyste. Rate mobile.	3 ans.	Douleurs.
1897	H. HARTMANN. <i>Congr. franç. de chir.</i> , oct. 1897.	F.	29	Kyste hydatique.	1 an.	Constriction épigastrique. Digestion difficiles. Amaigrissement. Tumeur mobile.
1897	G. RICHELLOT. <i>Obs. inédite.</i>	F.	35	<i>Idem.</i>	2 mois.	Gêne de la marche du travail.
Splénomégalias						
1866	TH. BRYANT. <i>Guy's Hosp. report.</i> , 1866, 444.	H.	20	Splénomégalie. Lucémie (G.B. plus abondants que G.R.)	6 mois.	.....

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	Poids OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
Laparotomie. Enucléation du kyste sous la vapeur d'eau chaude. Blessure de l'artère splénique. Splénectomie nécessaire.	Suites simples.	G.	.....	.....		72
Laparotomie médiane. Durée : 40 m.	Sang normal.	G.	.....	.....	1.020 gr.	73
Symphise pariéto-splénique et phréno-splénique. Destruction partielle de la paroi abdominale et du diaphragme; ouverture de la plèvre en plusieurs points. Hémostase difficile. Durée 1 h. 10.	Congestion pulmonaire. Légère leucocytose.	G.	.....	.....		74
Laparotomie latérale. Adhérences coliques. Splénectomie facile.	Suites simples. Leucocytose légère.	G.	.....	.....	1.315 gr.	75
Laparotomie médiane. Ligature de l'artère splénique. Section du pédicule après hémostase préventive par une série de pinces.	Suites simples. Légère leucocytose, sans diminution des G.R.	G.	.....	.....		76
Laparotomie médiane. Quelques adhérences.	Suites simples.	G.	3 mois après, santé excellente.	.....		77
leucémiques.						
Laparotomie latérale. Splénectomie assez facile.	Symptômes d'hémorrhagie.	M. 1 ^o h.	.....	Source de l'hémorrhagie restée inconnue.	2.000 gr.	78

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1867	TH. BRYANT. <i>Idem</i> , 1868, 411.	F.	40	Splénomégalie. Leucémie (G.B. plus abondants que G.R.).	2 ans.	Affaiblissement. Épistaxis. Asystolis. Anopathies cervicales.
1867	KCEBERLÉ. <i>Gaz. hebdoméd.</i> , 25 oct. 1867.	F.	42	Splénomégalie. Hépatomégalie. Leucémie (1 G.B. : 10 G.R.).	3 ans.	Peu de douleurs. État général relativement bon, mais décroissance. Augmentation du grissement. Albuminurie légère.
1873	HARON WATSON in FOUBERT. <i>Thèse Paris</i> , 1886, obs. XI.	H.	.....	Splénomégalie. Leucémie.	2 ans.	.....
1877	TH. BILLROTH. <i>Wiener med. Woch.</i> , 1877, XVII, n° 5.	F.	45	Splénomégalie. Leucémie (1 GB : 5 GR.).	2 ans.	Hépatomégalie. Ascite.
1877	TH. BILLROTH, <i>Idem</i> , 1879, XXIX.	F.	31	Splénomégalie. Leucémie.	4 ans.	.....
1877	H. L. BROWNE. <i>Lancet</i> , 1877, II, 310.	H.	20	<i>Idem.</i>	6 mois.	Œdème des jambes.
1877	B. SIMMONS. <i>Pacific med. and surg.</i> , 1877, 517.	H.	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....
1878	ARNISON. <i>Brit. med. J.</i> , 1878, II, 723.	H.	37	Splénomégalie. Rate mobile.	1 an.	Cachexie. Ascite.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
aparotomie latérale. Adh ^{ces} diaphragmatiques, saignent abondamment. Hémorrhagie ne peut être arrêtée.		M. 15 m. après.		Hémorrhagie.	4,650 gr.	79
aparotomie médiane. Adh ^{ces} diaphragmatiques. Hémorrhagie qu'on ne peut arrêter. — Durée: 1 h. 30.		M. quelques min. après.		Hémorrhagie.	6 750 gr.	80
aparotomie médiane. Ligature des vaisseaux difficiles. Mort par hémorrhagie ou shock pendant l'opération.		M.		Hémorrhagie.	6,000 gr.	81
aparotomie médiane. Pas d'adhérences. Drainage. Durée: 45 minutes.	Symptômes d'hémorrhagie 2 h. après, à la suite d'un effort.	M. 4 ^e h.		Hémorrhagie abondante. Chute d'une ligature.	2,975 gr.	82
aparotomie médiane. Dix ligatures sur le pédicule.		M. 1 ^e h.		Hémorrhagie.	5,280 gr.	83
ad ^{ces} adh ^{ces} . Absence presque complète de pédicule. Pas d'hémorrhagie.		M. 5 ^e h.		Pas d'hémorrhagie.	9,500 gr.	84
aparotomie médiane. Adh ^{ces} intestinales et diaphragmatiques. Drainage.		M. 2 ^e h.		Hémorrhagie.		85
aparotomie médiane puis transversale. Pas d'adhérences. Hémostase un peu difficile. — Durée: 1 h. 10.		M. 5 ^e h.			3,710 gr.	86

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1878	CZERNY. <i>Vienn. med. Woch.</i> , 1879, n° 14.	F.	24	Splénomégalie. Leucémie (I G.B. : G.R.).	6 ans.	Affaiblissement progressif. Hépatomégalie.
1878	GEISSEL. <i>Wien. med. Woch.</i> 1879, 288.	F.	39	Splénomégalie. Leucémie.	1 an.	Laparotomie mé. Pas d'adhérence. Splénectomie.
1878	URBINATI. <i>Amer. J. of the med. sc.</i> , 1882, XLVIII, 487; obs. II.	F.	.....	Splénomégalie. Leucémie probable.	.....	.....
	POUCÉL. <i>Marseille méd.</i> , 1879, 74.	H.	25	Splénomégalie. Leucémie.	14 mois.	Indolence. Mauvais état général.
1881	FRANZOLINI. <i>Indipendente</i> , 1882, XXXIII, 217.	F.	22	Splénomégalie. Leucémie probablement faible.	2 ans.	.....
	W. HAWARD. <i>Clinical soc. of London</i> , 1832, 172.	F.	49	Splénomégalie. Leucémie.	18 mois.	Bon état général.
1884	J. BIZIEL. <i>Deut. Zeits. f. chir.</i> , 1885, XXI, 579.	F.	31	<i>Idem.</i>	2 ans.	Peu de douleurs. Mauvais état général; amaigrissement; diarrhée.
1885	A. BLUM. <i>Arch. gén. de méd.</i> , 1886, I, 98.	H.	12	Splénomégalie. Leucémie. (Un C.B. : 5 G.R.).	10 mois.	Amaigrissement. Pura fugace. Splénomégalie.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
laparotomie médiane. Hémorrhagie des lèvres de l'incision. Adhérences pariétales et intestinales; hémorrhagie. Durée : 2 h. 10.		M. quelques heures après.		Hémorrhagie par les adhérences.	3.886 gr.	87
		M. 16 ^e h.		Hémorrhagie.	4.500 gr.	88
splénectomie facile.	Affaiblissement.	M. 48 ^e h.				89
adhérences diaphragmatique. Splénectomie difficile.	Suites immédiates bonnes.	M. subite 20 ^e h.			3.200 gr.	90
laparotomie médiane. Pas d'hémorrhagie. — Durée : 1 h. 20.	Pleurésie gauche.	G.	Un an après, sang normal.		1.525 gr.	105
laparotomie médiane. Pas d'adhérences. Déchirure opératoire de la rate, hémorrhagie abondante. Syncope.		M. 7 ^e h.		Pas d'hémorrhagie nouvelle.	3.000 gr.	91
laparotomie médiane Hémorrhagie au niveau de la plaie abdominale, adhérences non considérables. Extirpation pénible de la tumeur. Hémorrhagie après section du pédicule.	Fièvre. Pouls rapide,	M. 24 ^e h.		Hémorrhagie extra et intra-abdominale.	6.000	92
laparotomie médiane. Fortes adhérences diaphragmatiques. Hémorrhagie abondante par les adhérences. Durée: 45 m.		M. 5 ^e h.		Hémorrhagie par les adhérences rompues.	3.000 gr.	94

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1885	LE BEC. <i>Ann. méd.-chir. de Martineau</i> , 1885.	H.	19	Splénomégalie. Leucémie Cirrhotique du foie.	4 ans	Indolence. Que hématomés.
1886	R. PARK. <i>Ann. of Surgery</i> , 1888, 380.	H.	47	Splénomégalie. Leucémie. (Un G. B. : 50 G. R.).	.....	Douleurs. Cache
1887	BURCKHARDT. <i>Arch. f. klin. chir.</i> , 1892, 439.	F.	47	Splénomégalie. Leucémie. (Un G. B. : 5 G. R.).	2 ans	Aménorrhée dep ans et demi.
1888	ASCH. <i>Arch. f. gynæk.</i> , 1888, 130; obs. II.	F.	24	Splénomégalie. Leucémie. (Un G. B. : 8 G. R.).	1 an	Amaigrissement. Grande faiblesse. Dyspnée.
1888	CELSO BONORA. <i>Amer. j. of the med. Sc.</i> , 1882, LXXXIV, 487.	F.	53	Splénomégalie. Leucémie probable.	.....	.....
1889	BURCKHARDT. <i>Arch. f. klin. chir.</i> , 1892, 439.	F.	26	Splénomégalie. Leucémie. (Un G. B. : 200 G. R.).	....	Cachexie. Albuminurie. Glycosurie. Splénomégalie.
1889	H. FOLET. <i>Bul. méd. du Nord</i> , 1891, 261.	F.	50	Splénomégalie. Rate mobile. Leucémie. (Un G. B. : 200 G. R.).	5 ans	Douleurs intolérables. Amaigrissement. Inaction compl. Assez bon état général.
1890	BURCKHARDT. <i>Arch. f. klin. chir.</i> , 1892, 439.	F.	26	Splénomégalie. Leucémie. (Un G. B. : 105 G. R.).	5 ans	Douleurs vives. Amaigrissement.
1891	E. TRICOMI. <i>Riforma med.</i> , 1892, II, 806; obs. XI, I.	F.	20	Splénomégalie. Leucémie. (Un G. B. : 10 à 30 G. R.).	18 mois	Douleurs. Bon général.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOISIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
parotomie médiane. Adhérences peu rési- stantes. Hémor- rhagie considérable.		M. 6 ^e jour.		Pas de péritonite.		95
parotomie latérale. Adhérences parié- tales. Hémorrhagie abondante par rup- ture des vaisseaux. — Durée : 1 h.		M. quelques heures après			4.500 gr.	96
parotomie médiane. Hémorrhagie au ni- veau de la plaie abdominale. Pas d'adhérences.		M. 14 ^e h.		Hémorrhagie intra - pariétale et intra- abdominale.	4.900 gr.	97
parotomie médiane. Pas d'adhérences.		M. 5 ^e h.			5.580 gr.	98
splénectomie. Pas d'adhérences. — Du- rée : 30 min.		M. 3 ^e h.		Hémorrhagie (art. diaphrag- matique).		99
parotomie sous-om- ilicale. Nombreu- ses adhérences. Hé- morrhagie.	Fièvre pendant 6 se- maines. État gé- néral s'aggrave. Leu- cémie s'accroît.	M. 4 ^e mois			2 000 gr.	100
parotomie médiane. Pas d'adhérences. Splénectomie facile. — Durée : 30 m.	Symptômes d'hémor- rhagie interne ap- parus 24 heures après.	M. 2 ^e jour.		Hémorrhagie abondante intra - pariétale et intra- abdominale.	2.500 gr.	101
parotomie sus-om- ilicale. Nombreu- ses adhérences. Hémorrhagie abon- dante. Durée : 2 h.	Fièvre pendant 9 jours. Hypertrophie gan- glionnaire et tyroï- dienne. Leucémie.	- G.	Leucémie progressive. Mort 8 mois après.		3.000 gr.	106
parotomie latérale. Hémorrhagie au ni- veau de la paroi et des adhérences. Du- rée : 1 h. 15.	Symptômes d'hémor- rhagie.	M. 4 ^e h.		Hémorrhagie.	2.530 gr.	102

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRIN
1891	SPANTON. <i>Brit. med. Assoc.</i> , 1895; obs. II.	F.	52	Splénomégalie. Leucémie.	1 an.	Douleurs vici Séjour conti lit. Vomisse Diarrhée. D Amaigrissem
1894	H. HARTMANN. <i>Congr. franç. de chir.</i> , 1895, 499; obs. II.	F.	40	Splénomégalie. Rate mobile. Leucémie. (Un G.B. : 150 G.R.).	2 ans.	Douleurs. T digestifs. An sement.
1896	F. LEJARS. <i>Obs. inédite.</i>	F.	28	Splénomégalie. Leucémie.	1 an.	Douleurs. Trav possible. A rhée. Ama ment,

Splénomég

1855	KUCHLER. Darmstadt, 1855. <i>Angef. Werke.</i>	H.	36	Splénomégalie paludique. Cirrhose atrophique du foie.	.....	Ascite.
1877	FUCHS. <i>Schmid's Jahrbuch</i> , 1878, 159.	F.	40	Splénomégalie paludique.	.....	Grande faibles
1881	G. CHIARLEONI. <i>Gaz. med. lomb.</i> , avril 1881.	F.	.....	<i>Idem.</i>	.....	Cachexie.
1882	M. PUTTI. <i>Bull. d. sc. med. di Bologna</i> , 1888, 339.	F.	33	Splénomégalie paludique. Rate mobile.	2 ans.	Douleurs. Ama ment. Albu légère.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
otomie latérale. apsus au mon- t des tractions le pédicule.	Shock persiste.	M. 11 ^e h.	.....	Hémorrhagie.	2.750 gr.	103
otomimédiane. d'adhérences.	Suites simples. Con- gestion pulmonaire Leucocytose persis- te.	G.	17 mois après, bonne santé. — 3 ans après, amaigrissement, hémorrhagies gingivales.	.....	610 gr.	107
otomie latérale. érences, nom- uses, surtout le diaphragme. orrhagie. Splé- tomie, difficile. aponnement à eure. — Durée : eure.	.....	M. 15 ^e h.	.....	Hémorrhagie peu abondante. Shock.	.....	104
diques.						
otomie latérale. énectomie facile.	.....	M. 2 ^e h.	.....	Hémorrhagie.	1.500 gr.	108
otomimédiane. d'hémorrhagie ble. — Durée : 45.	Faiblesse. Fièvre (40°) Vomissements.	M. 18 ^e h.	.....	Pas d'hémor- rhagie Probablement septicémie péritonéale.	5.790 gr.	109
reuses adhären- avec le foie et diaphragme. Hé- rhagie abon- te. Splénectomie ble.	.....	M. quelques heures après.	.....	.....	.....	110
otomimédiane. chirure de la rate. ère hémorrha- — Durée : 45 m.	.....	M. 12 ^e h.	.....	Hémorrhagie par chute d'une ligature.	2.000 gr.	111

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PR
1883	BERGMANN in THIELE; <i>Thèse Berlin</i> , 1886.	F.	63	Splénomégalie palu- dique.	2 ans.	Douleurs. An- sement.
1883	GUSSENBAUER in PIE- TRZIHOWSKI. <i>Prag.</i> <i>med. Wech.</i> , 1884, 234.	F.	17	Splénomégalie palu- dique. Cirrhose du foie.	3 ans.	Dyspnée, Mau- général. An- sement. All- rie. Ascite dante.
1884	KCEBERLÉ. <i>Soc. méd. Stras-</i> <i>bourg</i> , 1 ^{er} mai 1884.	F.	46	Splénomégalie palu- dique. Sang : Un G.B. pour 44 G.R.	.....	Fièvre. Hyd- et œdèmes.
1885	E. DONAT. <i>Chir. Vestnik</i> , avril et mai 1887.	F.	25	Splénomégalie palu- dique. Rate mobile.	5 ans.	Douleurs viol
1886	POMARA, in DANDOLO, <i>G.</i> <i>med. lombarda</i> , 1893, 115.	F.	30	Splénomégalie palu- dique. Rate mobile.	.....	.....
1886	NILSEN. <i>Obstetr. soc. of</i> <i>N.-Y.</i> , 7 déc. 1886.	F.	36	Splénomégalie palu- dique.	10 ans.	Douleurs. V- ments. Ep- Anémie. L état généra
1886	A. G. PODREZ. <i>Chir. Vest-</i> <i>nik</i> , mars 1887, 151.	F.	36	<i>Idem.</i>	.....	Cachexie.
1887	M. PUTTI. <i>Bull. d. sc. med.</i> <i>di Bologna</i> , 1888, 339; obs. II.	H.	19	Splénomégalie palu- dique. Hépatoméga- lie. Leucémie.	.....	Etat maladif impubère. anémiques.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
parotomie para- médiante. Quelques adhérences Tam- ponnement.	Apyrexie. Pouls rapl- de. Vomissements. Albuminurie, uro- bilinurie. Urines noires.	M. 36 ^e h.	.....	Hémorrhagie. Septicémie.	.....	112
parotomie média- ne. Adhérences très nombreuses.	Symptômes de périto- nite.	M. 4 ^e jour.	.....	Péritonite.	1.520 gr.	113
parotomie média- ne. Adhérences dia- phragmatiques mol- les. Hémorrhagie par l'incision abdo- minale. — Durée : 3 h.	.....	M. 1 ^{re} h.	.....	.....	.....	114
parotomie média- ne. — Durée : 40 min.	Suites simples.	G.	Un an après, accouchement à terme, bonne santé.	.....	8 fois volu- me norm ^{al}	129
.....	.....	G.	.....	.....	.....	130
parotomie sous-om- bilicale. Pas d'adhé- rences. — Durée : min.	.....	G.	18 mois après, état très satisfaisant.	.....	1.000 gr.	131
parotomie latérale. Adhérences. Rupt- ure de la veine plénique. — Durée : 6 min.	.....	M. 35 ^e jour.	.....	Péritonite chronique. Néphrite.	1.756 gr.	115
parotomie médiante. Déchirure de la rate; hémorrhagie. — Du- rée : 1 h. 30.	.....	G.	8 mois après, santé excel- lente.	.....	.....	132

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1887	T. A. MAC GRAW. <i>Med. record</i> , juin 1888, 709; obs. I.	F.	40	Splénomégalie paludique. Rate mobile.	11 ans.	Fortes douleurs abdominales. Troubles digestifs.
1887	A. CASINI. <i>Ann. chir. d. osp. incur.</i> , 1887, 342.	F.	22	Splénomégalie paludique. Rate flottante.	3 ans.	Tiraillements digestifs.
1887	BILLROTH, in PASPISCHIL. <i>Rif. med.</i> , 1887, nov., 1622.	H.	.....	Splénomégalie paludique.	.....	Affaiblissement.
1887	CH. MONOD. <i>obs. inédite</i> .	F.	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....
1888	ASSAKY in INOTESCU, <i>Spitalul</i> , 1888, 458.	F.	26	Splénomégalie paludique. Rate flottante.	14 ans.	Anémie. Sang : 1 pour 100 G R.
1888	HATCH. <i>Lancet</i> , 1889, II, 1055.	H.	30	Splénomégalie paludique.	8 mois.	Douleurs. Cachexie. Albuminurie.
1888	B. MARTINO <i>Acad. med. Rome</i> , 1890, 9.	F.	23	Splénomégalie paludique. Rate au ectopie.	2 ans.	Phénomènes de cachexie depuis quelques jours.
1889	MONTENOYESI in DARDOLLO. <i>Gaz. med. lomb.</i> , 1893, 109.	H.	...	Splénomégalie paludique.	.....	.....
1889	MONTENOYESI. <i>Idem.</i>	H.	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....
1889	MONTENOYESI. <i>Idem.</i>	H.	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
Laparotomie sous-ombilicale. Pas d'adhérences.	Suites normales; puis phénomènes inflammatoires et expulsion d'un fil à ligature.	G.	Leucocytose pendant 7 mois.	.....	1.380 gr.	133
Adhérences rénales et pancréatiques.	.....	G.	6 mois après, santé excellente.	.....	3.100 gr.	134
Adhérences nombreuses. Hémorrhagie abondante. Tamponnement.	.....	G.	.....	.....	Long. 40 c.	135
.....	.....	M.	.....	.....	Énorme.	116
Laparotomie médiane. Adhérences diaphragmatiques. Splénectomie difficile. — Durée: 1 h.45	Suites simples. Adénopathies de la nuque. Leucocytose.	G.	.....	.....	.....	136
Hémorrhagie des lèvres de l'incision pariétale. Adhérences diaphragmatiques. Hémorrhagie.	Collapsus.	M. le soir.	.....	Hémorrhagie par les adhérences.	.....	117
.....	.....	G.	.....	8 mois après, bonne santé.	1.500 gr.	137
.....	.....	M.	.....	.....	2.500 gr.	118
Laparotomie médiane.	.....	G.	.....	.....	1.500 gr.	138
Laparotomie médiane.	Sang normal.	G.	.....	.....	1.500 gr.	139

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
....	MEEROVITCH. <i>Vratch</i> 1893, 597; obs. I.	F.	24	Splénomégalie palu- dique. Rate mobile.	.....	Dyspnée. Epista- Anémie.
1889	MEEROVITCH. <i>Idem</i> ; obs II.	F.	26	Splénomégalie palu- dique.	6 ans.	Anémie. Aménor- depuis 2 ans. Cr- d'occlusion inte- nale.
1890	RUGGI. <i>Soc. ital. de chir.</i> , 1891.	F.	23	Splénomégalie palu- dique. Sang : 1 G. B. pour 12 G. R.	7 ans.	Douleurs vives. D- rhée. Anémie trême.
1890	A. TURETTA. <i>Idem</i> .	F.	26	Splénomégalie palu- dique.	3 ans.	Douleurs. Vomis- sments. Amaigris- ment.
1890	TASSI EUSIDIO. <i>Bull. d.</i> <i>r. Accad. di Roma</i> , 1890-91, 631.	F.	34	<i>Idem</i> .	Un an.	Douleurs. Séjour lit. Péritonite il- un mois.
1890	GRUCHE, in FILIPPOSI et KUSNEROW. <i>Cent. f.</i> <i>chir.</i> , 1891, 179.	F.	25	Splénomégalie palu- dique. Cirrhose hé- patique.	5 ans.	Douleurs. Dypsi- Assez bon état néral.
1891	ESCHER, in V. MASSOPUST. <i>Clinica chir.</i> , avril 1893, 117; obs. I.	F.	Jeune.	Splénomégalie palu- dique. Rate mobile.	.....	Douleurs. Ané- Amaigrissement
1891	V. MASSOPUST. <i>Idem</i> ; obs. II.	F.	.....	Splénomégalie palu- dique. Rate en ecto- pie.	7 ans	Anémie. Travail d- cile.
....	GUIDO TIZZONI. <i>Soc. méd.</i> <i>chir. di Bologna</i> , 26 avril 1891.	F.	.....	Splénomégalie palu- dique. Rate mobile.	.....	.....

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS DU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
Quelques adhérences épiploïques. Rupture de la veine splénique.	Fièvre élevée pendant 4 jours.	G.	4 ans après, bonne santé	.....	3.760 gr.	140
Laparotomiemédiane. Adhérences.	Accès de fièvre intermittente.	G.	Accès de fièvre intermittente. Epistaxis.	.....	2.650 gr.	141
Laparotomie latérale oblique.	Suites simples.	G.	12 mois après, accouchement à terme, santé excellente.	.....	1.250 gr.	142
Laparotomiemédiane.	Poussée inflammatoire du côté du pédicule de la rate.	G.	1 an après, santé parfaite.	.....	645 gr.	143
Adhérences. Hémorrhagie insignifiante.	Collapsus dans les 16 dernières heures.	M. 4 ^e jour.	.....	Hémorrhagie par les adhérences.	1.640 gr.	119
Laparotomie latérale. Déchirure opératoire de la rate, hémorrhagie.	Phénomènes de péritonite.	M. 8 ^e jour.	.....	.....	2.100 gr.	120
Laparotomie médiane. Adhérences à l'estomac Splénectomie facile.	Suites simples.	G.	2 ans après santé excellente.	.....	.....	144
Laparotomie médiane. Adhérences.	Suites simples.	G.	Accès de fièvre palustre, 4 ans après santé excellente.	.....	2.880 gr.	145
.....	.....	G.	Accès de fièvre palustre.	.....	.....	146

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
....	MONTENOVESI. <i>Rif. méd.</i> 1891, IV, 511.	F.	22	Splénomégalie palu- dique. Rate mobile. Leucémie.	.....	.....
1891	P. LEGOND. <i>Obs. inédite.</i>	F.	22	Splénomégalie palu- dique.	?	Douleurs intolérables. Affaiblissement.
....	P. POSTEMPSKI. <i>Bull. d. r. Acad. méd. di Roma,</i> 1891-92, 534.	F.	38	Splénomégalie palu- dique. Rate mobile.	.....	Anémie.
1891	E. TRICOMI. <i>Rif. méd.,</i> 1892, II, 832; obs. II.	F.	26	Splénomégalie palu- dique. Rate mobile.	.....	Douleurs.
1892	C. GANGITANO. <i>Rif. méd.,</i> 1893, III, 327.	F.	36	Splénomégalie palu- dique. Rate mobile.	1 an	Douleurs. Amaigrisse- ment. Purpura. Tra- vail impossible.
1893	POSTEMPSKI. <i>Rif. méd.,</i> 1894, I, 380.	F.	18	Splénomégalie palu- dique.	18 mois.	Facies cachectique.
	MEEROVITCH. <i>Wratch,</i> 1893, 597; obs. III.	F.	21	Splénomégalie palu- dique.	5 mois.	Epistaxis. Anémie. Aménorrhée depuis 4 ans. Travail im- possible.
	PAINE. <i>Texas med. ass.,</i> 1893, 286.	F.	25	<i>Idem.</i>	.....	Laparotomie. Non- breuses adhérences surtout coliques. Splénectomie.
1893	L. POISSON. <i>Gaz. méd. Nantes,</i> 1894, 14.	F.	23	Splénomégalie palu- dique. Rate mobile.	9 mois.	Douleurs. Vomisse- ments. Amaigrisse- ment. Cachexie.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS DU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
.....	12 ^e jour, réouverture de la plaie à la suite d'un accès de toux ; sutures, guérison.	G.	.....	.....	.....	147
Laparotomie latérale. Splénectomie facile. Durée : 45 min.	Suites d'abord rassu- rantes, puis collap- sus subit.	M. 36 ^e h.	.....	.....	1,500 gr.	121
Laparotomie média- ne. Adhérences à l'intestin et au liga- ment large. Tam- ponnement.	Albuminurie légère et passagère.	G.	Accès de fièvre palustre.	.....	.....	148
Laparotomie latérale. Durée : 1 h. 15.	Suites simples. Accès de fièvre intermit- tente. Pas d'hyper- trophie ganglion- naire.	G.	Onze mois après, accouchement à terme.	.....	968 gr.	149
Laparotomie média- ne.	Suites excellentes. Ac- cès de fièvre inter- mittente.	G.	2 ans après, santé excellente.	.....	1,050 gr.	1 0
Laparotomie média- ne. Légères adhé- rences pariétales.	Suites simples.	G.	.....	.....	.....	151
Laparotomie médiane. Fortes adhérences épiploïques et intes- tinales. — Durée : 3 h.	.....	M. 5 ^e h.	.....	Hémorrhagie insignifiante. Shock.	2,640 gr.	122
.....	.....	G.	.....	.....	.....	152
Splénectomie facile, pas d'adhérences.	Suites simples.	G.	Un an après, bonne santé, adénopathies cervicales, accès de fièvre palustre.	.....	1,500 gr.	153

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1893	MAC LEAN TIFFANY, in R. DOUGLAS. <i>J. amer. med. Ass.</i> , 1896, XXVI, 807.	F.	45	Splénomégalie paludique. Rate mobile. Leucocytose.	7 ans.	Douleurs. Troubles digestifs.
1893	HARKCE. <i>N.-Y. surg. Soc.</i> , 28 fév. 1894.	H.	40	Splénomégalie paludique. Hépatomégalie.	2 ans.	Douleurs. Affaiblissement.
1893	A. CECI. <i>Il Policlinico</i> , 1894, 403.	F.	16	Splénomégalie paludique.	9 ans.	Douleurs vives. Sépau lit. Epistax ^{ies} . Anopathies légères.
1893	E. TRICOMI. <i>Congrès intern. des sc. méd.</i> , Rome, 1894.	F.	49	Splénomégalie paludique. Rate en ectopie.	.....	.....
1893	E. TRICOMI. <i>Idem.</i>	F.	29	Splénomégalie paludique.	.....	.....
1894	E. TRICOMI. <i>Idem.</i>	F.	26	<i>Idem.</i>	.....	.....
1894	KAMMERER. <i>N.-Y. surg. Soc.</i> , 28 fév. 1894.	H.	45	Splénomégalie paludique. Rate mobile.	3 ans.	Douleurs vives. Travail impossible.
1894	TROPAL, in GAGLIANI. <i>Rif. med.</i> , 1894, I, 584.	F.	53	<i>Idem.</i>	5 mois.	Douleurs. Affaiblissement. Ascite. Snormal.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N ^o DE L'OBSERVATION
parotomie latérale. Adhérences épiploïques. Splénectomie facile.	Sang devient rapidement normal.	G.	.....	.....	1 100 gr.	154
parotomie longitudinale médiane et transversale.	Congestion pulmonaire.	G.	.....	.....	2.000 gr.	155
parotomie médiane, puis transversale. Hémorrhagie abondante. — Durée : 2 h.	Pleuro-pneumonie gauche.	G.	Six mois après, santé excellente.	.....	1.800 gr.	156
parotomie médiane Adhérences pariétales. — Durée : 1 h. 10	Sang normal. Pas d'hypertrophie ganglionnaire.	G.	.....	.....	470 gr.	157
parotomie médiane puis transversale. — Durée : 45 m.	<i>Idem.</i>	G.	Mort de broncho-pneumonie 2 mois après.	.....	975 gr.	158
parotomie latérale.	<i>Idem.</i>	G.	Trois ans après, santé excellente.	.....	770 gr.	159
parotomie latérale longitudinale et transversale. Adhérences épiploïques, intestinales, gastriques, diaphragmatiques, pancréatiques. Déchirure d'une veine du pédicule. Hémorrhagie abondante.	.....	M. à fin opération	.....	.....	3.750 gr.	123
parotomie médiane. Pas d'adhérences. Pas d'hémorrhagie.	Suites simples. Fièvre les premiers jours.	G.	.....	.....	4.200 gr.	160

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1894	P. POSTEMPSKI. <i>Idem.</i> , IV, 825.	H.	22	Splénomégalie paludique. Leucémie.	.....	Cachexie avancée.
1894	E. TRICOMI, in T. VALLEGGIA. <i>Rif. med.</i> , 1896, 510; obs. 10.	F.	31	Splénomégalie paludique.	.....	.....
1894	E. TRICOMI. <i>Idem.</i> , Obs. 11.	F.	35	<i>Idem.</i>	.....	.....
1895	E. TRICOMI. <i>Idem.</i> , Obs. 13.	F.	31	<i>Idem.</i>	.....	.....
1895	E. TRICOMI. <i>Idem.</i> , Obs. 14.	F.	32	<i>Idem.</i>	.....	.....
1895	R. DOUGLAS. <i>J. of the amer. med. Ass.</i> , 1896, XXVI, 807.	F.	33	<i>Idem.</i> Rate mobile. Sang: Un G.B. pour 123 G.R.	.....	Douleurs. Vomissements. Assez état général.
1895	VIGNARD. <i>G. méd. Nantes</i> , 12 fév. 1896.	F.	22	Splénomégalie paludique. Rate mobile.	16 mois.	Douleurs. Affaiblissement. Inaction complète.
....	NINNI. <i>Rif. med.</i> , 1896, n° 207.	F.	27	Splénomégalie paludique.	6 ans.	Indolence. Cachexie.
....	LEWIS, in R. DOUGLAS. <i>J. amer. méd. Ass.</i> , 1896, XXVI, 803.	...	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
Parotomie longitudinale médiane et transversale. Rupture d'une grosse veine; hémorrhagie abondante.		G.			Volumineuse.	161
Parotomie latérale. — Durée : 50 m.	Sang normal.	G.	Un an après, santé excellente.		900 gr.	162
Parotomie latérale. — Durée : 1 h. 10.	Leucocytose légère.	G.	Deux ans après, santé excellente, accouchement à terme.		1.020 gr.	163
Parotomie médiane. — Durée : 55 m.	Sang normal.	G.	Un an après, bonne santé.		2.700 gr.	164
Parotomie latérale. Adhérences viscérales. — Durée : 1 h.	Shock.	M.			1.030 gr.	124
Parotomie latérale. Pas d'adhérences. Hémorrhagie de la paroi abdominale.	Légère réaction péritonéale.	G.	Sept mois après, santé excellente.			165
Parotomie médiane. Une adhérence épiloïque.	<i>Idem.</i>	G.	Cinq mois après, santé excellente.		1.120 gr.	166
Adhérences. Splénectomie un peu difficile à cause du volume de la rate. Hémorrhagie par déchirure d'une veine.	Suites simples.	G. opérat ^{re} .	Accès de fièvre palustre. Mort rapide.		Énorme	167
		G.				168

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
....	LEWIS, in R. DOUGLAS. <i>J. amer. med. Ass.</i> , 1896. XXVI, 803.	....	....	Splénomégalie palu- dique.	....	....
1896	E. TRICOMI, in CATE- LANNI. <i>Gaz. d. Osped.</i> , janvier 1897, 75.	F.	31	<i>Idem.</i> Rate flottante.	5 mois.	Douleurs intenses. Travail impossibl. état général.
1896	ROCHEBLAVE. <i>N. Mont- pelier méd.</i> , 1896, 133.	F.	43	Splénomégalie palu- dique.	.....	Douleurs vives Travail impos Amaigrissement
1896	TH. JONNESCO. <i>Progrès méd.</i> , 1897, 177. Obs. I.	H.	62	<i>Idem.</i>	3 ans.	Douleurs. Dys- Cachexie.
1896	TH. JONNESCO. <i>Idem.</i> Obs. II.	H.	20	<i>Idem.</i> Hépatomégalie	6 ans.	Douleurs vives cachexie. Ascite
1896	TH. JONNESCO. <i>Congrès Moscou</i> , 1897. Obs. III.	H.	12	Splénomégalie palu- dique.	4 ans.	Bon état généra- normal.
1896	TH. JONNESCO. <i>Idem</i> Obs. IV.	H.	16	<i>Idem.</i>	<i>Idem.</i>	Douleurs. Dys- Anémie pro- Sang normal
1896	TH. JONNESCO. <i>Idem</i> Obs. V.	H.	50	<i>Idem.</i> Rate fixe.	5 ans.	Douleurs. Trav- possible. Ané-

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
.....	.....	G.	.....	.....	.....	169
parotomie médiane. Pas d'adhérences. Splénectomie facile.	Fièvre parfois. Sang normal.	G.	Accès de fièvre palustre, 7 mois après, disparition des fièvres, excellente santé.	.....	675 gr.	170
parotomie médiane. Pas d'adhérences. — Durée: 1 h.	Symptômes d'hémorrhagie.	M. 2 ^e h.	.....	.....	3.600 gr.	125
parotomie médiane. Pas d'adhérences. Drainage. — Durée 45 minutes.	Apyrexie. 9 ^e jour, désunion complète des lèvres de la plaie; avivement, réunion.	G.	9 mois après, santé bonne, sang normal, pas d'hypertrophie ganglionnaire.	.....	5.750 gr.	171
parotomie sus-ombilicale. Pas d'adhérences. — Durée: 50 minutes.	Fièvre et épistaxis. Leucocytose passagère.	G.	2 mois après, état assez satisfaisant.	.....	4.620 gr.	172
parotomie médiane. Adhérences insignifiantes. Pédicule long. — Durée 20 minutes.	Légère leucocytose. Suites simples.	G.	.....	.....	2.460 gr.	173
parotomie médiane. Pas d'adhérences. Pédicule court et large. — Durée: 45 minutes.	Broncho-pneumonie, puis amygdalite. Leucocytose.	G.	.....	.....	1.770 gr.	174
parotomie médiane. Adhérences considérables. Destruction partielle du diaphragme et ouverture de la plèvre en 2 points. — Durée: 50 m.	Bronchite. Ouverture spontanée de la plaie abdominale; péritonite.	M. 7 ^e jour.	.....	Péritonite.	3.350 gr.	126

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIP.
1896	TH. JONNESCO. <i>Idem.</i> Obs. VI.	H.	18	Splénomégalie paludique.	.....	Douleurs. Anémie profonde. Œd.
1897	TH. JONNESCO. <i>Idem.</i> Obs. VIII.	H.	32	<i>Idem.</i>	2 ans.	.....
1897	TH. JONNESCO. <i>Idem.</i> Obs. IX.	H.	35	<i>Idem.</i> Rate fixe. Pleuro-péritonite tuberculeuse.	4 ans.	Anémie. Ascite.
1897	TH. JONNESCO. <i>Idem.</i> Obs. X.	H.	40	Splénomégalie paludique. Rate fixe.	.....	Douleurs. Travail possible.
1897	TH. JONNESCO. <i>Idem.</i> Obs. XI.	F.	30	Splénomégalie paludique. Rate mobile.	4 ans.	<i>Idem.</i> Anémie.
1897	TH. JONNESCO. <i>Idem.</i> Obs. XII.	F.	30	Splénomégalie paludique. Rate fixe.	.....	Anémie. Affaiblissement.

Splénomégalies alcooliques

1836	QUITTEBAUM. <i>Comment. de splénis hypertrophia.</i> Rostock, 1836.	F.	22	Splénomégalie. Cirrhose atrophique du foie.	9 mois.	Ascite. Œdème jambes.
1865	SP. WELLS. <i>Med. Times</i> , 1886, 2.	F.	34	Splénomégalie. Leucocytose légère.	1 an.	Affaiblissement.
1873	SP. WELLS. <i>Des tumeurs abdom.</i> , 1886, 339.	F.	42	Splénomégalie.	20 ans.	Vie insupportable.
1874	URBINATI. <i>Amer. J. of the med. sc.</i> , 1882, LXXXIV, 486. Obs. I.	F.	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
parotomiémédiane. Pas d'adhérences. Pédicule long. — Durée : 10 m.	.....	G.	.....	.....	1.650 gr.	175
parotomiémédiane.	Suppuration de la plaie.	G.	.....	.....	.....	176
.....	.....	M. jour même.	.....	.....	1.950 gr.	127
emphyse phréno- splénique. Déchi- rure du diaphragme et de la plèvre.	.....	M. 5 ^e jour.	.....	Hémorrhagie intra-pleurale.	1.500 gr.	128
s d'adhérences. — Durée : 15 m.	Suites simples. Légère leucocytose.	G.	.....	.....	1.450 gr.	177
thérences gastri- ques, intestinales, épiploïques, dia- phragmatiques. — Durée : 1 h. 40.	Pleurésie gauche.	G. probable	.....	.....	950 gr.	178
es et non paludiques.						
parotomiémédiane. Pas d'adhérences. On oint l'intestin l'huile chaude.	.....	M. 6 ^e h.	.....	Septicémie.	3.000 gr.	180
parotomie latérale. Rupture de la veine splénique par tor- sion opératoire.	État satisfaisant sans faiblesse.	M. 6 ^e jour.	.....	?	3.150 gr.	181
.....	.....	M. 70 ^e h.	.....	Péritonite.	7.500 gr.	182
parotomie mé- diane. Splénectomie rès difficile.	.....	M. 4 ^e jour.	.....	Pas de péritonite. ni d'hémorrhagie. Torsion de l'estomac.	2.275 gr.	183

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	ÂGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1876	SP. WELLS. <i>Vien. med. Week.</i> , 1879, n° 17.	F.	27	Splénomégalie.	.....	.....
1877	POLLAK. <i>Pester med. chir. Presse</i> , 1877, n° 28.	F.	.....	<i>Idem.</i>	.....	.....
1878	HOUSD, in WRIGHT, <i>Med. chronicle</i> , 1888, IX, 188.	F.	24	<i>Idem.</i>	.....	.....
1878	FISCHER. <i>Verhandl. d. deut. Ges. f. Chir.</i> , 1882.	F.	44	Tumeur congestive de la rate.	.....	.....
1881	F. TERRIER. <i>Soc. de Chir.</i> , 1884, 508.	F.	43	Splénomégalie.	.....	Douleurs. Anémissement. Anémie fonde. Aménorrhée depuis 6 mois. Chymoses sous-jonctivales.
....	FRASCAN, in BANTI. <i>Anémies spléniques</i> , Firenze, 1882, 24.	H.	16	<i>Idem.</i> Pseudo-leucémie.	.....	.....
1883	SPANTON. <i>Brit. med. assoc.</i> , 1895. Obs. I.	F.	47	Splénomégalie.	2 ans	Douleurs vives. Inappétence. Travail impossible. Sang noir.
1883	PANSERI, in DANDOLO. <i>Gaz. med. lomb.</i> , 1893, 109.	F.	17	Splénomégalie.	.....	.....
1884	J. K. THERNTON. <i>Med. chir. transactions</i> , 1886, 411. Obs. II.	F.	25	<i>Idem.</i>	.....	Douleurs. Séjourné en lit.
1885	ORLOWSKI. <i>Gaz. Leczarska</i> , 1887, 17.	F.	26	Tumeur fibreuse.	.....	.....

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
.....	.....	M. quelques h. après.	.....	Hémorrhagie par 2 artères non liées.	5.500 gr.	184
.....	.....	M.	.....	.....	.....	185
.....	Collapsus.	M.	.....	.....	.....	186
.....	.....	M. 2 ^e jour.	.....	Péritonite.	.....	187
aparotomie médiane. Quelques adhéren- ces pariétales et épi- ploïques. Pénible. — Durée : 1 h. 15.	Affaiblissement.	M. 20 ^e h.	.....	Hémorrhagie.	6.000 gr.	188
aparotomie médiane.	.....	M. 4 ^e h.	.....	.....	1.310 gr.	189
aparotomie média- ne. Rupture de plu- sieurs vaisseaux. Pince à demeure sur le pédicule spléni- que.	Symptômes d'hémor- rhagie.	M.	.....	Hémorrhagie par chute d'une ligature.	4.000 gr.	190
.....	.....	G.	.....	.....	.....	208
aparotomie latérale. Adhérences épiploi- ques. Hémorrhagie.	.....	M. 5 ^e h.	.....	Hémorrhagie au niveau d'une adhé- rence.	.....	191
aparotomie latérale. Adhérences épiploi- que et diaphragma- tiques. Hémorrha- gie abondante.	Pneumonie.	M. 7 ^e jour.	.....	.....	Long : 30 c.	192

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIP.
....	LAUGENBACH, in THIELE. <i>Thèse Berlin</i> , 1886. Obs. XXXIV.	F.	16	Splénomégalie.	.....	Douleurs. Dysp.
....	RIBERA. <i>Arch. de méd. y cirug. de l. niños.</i> , 1886, II, 182.	H.	10	<i>Idem.</i>	.....	
....	C. W. S. DEAKIN. <i>Indian med. j.</i> , 1887, VI, 54.	...	.....	<i>Idem.</i>	.....	
1887	FRITSCH, d'après ASCH. <i>Arch. f. gynæk</i> 1888, 130.	F.	26	Sarcome.	.....	
1888	G. A. VRIGHT. <i>Med. chro- nicle</i> , 1888, 188.	H.	29	Splénomégalie.	8 ans.	Violentes, doule. Hématémèses. v.ail imposs. Sang normal.
....	W. T. HELMUTH. <i>Reports Helmuth hease</i> , 1888, III, 14.	En- fant	.....	Sarcome primitif.	.....	
1889	BALLS-HEADLET. <i>Austral med. J.</i> , 1889, XI, 125.	F.	jeune	Splénomégalie.	.....	Mauvais état gé.
1890	FLOTHMAN. <i>Berl. klin. Woch.</i> , 27 oct. 1890, 1002.	H.	44	Sarcome.	.....	
1892	LENNANDER. <i>Upsala la. karef forh.</i> , 1892-93, 397.	F.	28	Splénomégalie. Hépa- tomégalie.	14 ans.	Douleurs viol. Inappétence, I. turie, glycosu- buminurie.
1892	FIBBI. <i>Raccoglit. med.</i> , 1892, 425.	H.	5	Splénomégalie primi- tive.	.....	
1893	E. TRICOMI. <i>Congrès intern. des sc. méd.</i> , Rome, 1894.	F.	24	Splénomégalie.	.....	

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
thérences. Vais- seaux fragile Hé- morrhagie non com- plètement arrêtée.		M.		Hémorrhagie.		193
		M. lende- main.		Shock.		194
		M.				195
		M. 5 ^e h.		Hémorrhagie.		196
parotomie. Fortes adhérences. Hémor- rhagie par déchirure d'une veine dia- phragmatique. — Durée : 2 h. 30.		M. 2 ^e jour.		Hémorrhagie.	750 gr.	197
		M.				198
						179
parotomie latérale. Adhérences nom- breuses.		M. 50 ^e h.		Hémorrhagie au niveau des adhérences.	2,000 gr.	199
émorrhagie pendant le dégagement de la rate.	Fièvre pendant 2 j ^{rs} .	G.	Quelque temps temps après, bonne santé.		1,000 gr.	209
		G.			730 gr.	210
parotomie latérale. — Durée 1 h.	Sang normal. Pas d'hypertrophie gan- glionnaire.	G.	6 mois après, santé excellente.		1,300 gr.	211

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1894	BUKMAN-DELA TOUR. <i>Ann. of Surgery</i> , 1895, 24.	F.	31	Splénomégalie.	27 ans.	Hématémèse et nausées. Amaigrissement.
1894	A. CECI. <i>Il Policlinico</i> , 15 août 1894.	...	13	<i>Idem.</i>	2 ans.	.....
1895	J. ISRAEL. <i>Congrès Soc. allem. de Chir.</i> , Berlin, 1895.	H.	56	<i>Idem.</i>	.....	.....
1895	J. BLAND SUTTON. <i>Lancet</i> , 1895, II, 974. Obs. I.	F.	5	<i>Idem.</i>	.....	Anémie.
1895	J. BLAND SUTTON. <i>Idem.</i> Obs. II.	F.	17	<i>Idem.</i>	12 ans.	Douleurs. Vomissements. Aménorrhée. Amaigrissement. Fièvre. Leucocytose. Travail impossible.
1895	BROHL. <i>Centralb. f. Chir.</i> , 1896, 409.	H.	48	Splénolithiase. Blessure de la rate.	7 ans.	Douleurs atroces. Blessure extrême. Maturité.
1895	E. TRICOMI, in VALEGGIA. <i>Rif. med.</i> , 1896, II, 495.	F.	40	Splénomégalie.	5 mois.	Douleurs. Ménstrues. Leucocytose légère. Travail possible.
1895	SPANTON. <i>Brit. med. assoc.</i> , 1895, obs. III.	F.	38	<i>Idem.</i>	4 ans.	Douleurs. Dyspnée.
1895	G. BOUILLY, in PICOU et RAMOND. <i>Arch. de med. experime.</i> 1896, 168.	F.	32	Epithélioma primitif.	<i>Idem.</i>	Douleurs. Ménstrues. Hémorragies gingivales. Maturité générale.
1895	CHARON. <i>Ann. soc. belge de chir.</i> , 15 nov. 1895.	F.	11	Splénomégalie. Cirrhose atrophique du foie.	.....	.....

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
Laparotomie latérale. Pas d'adhérences. — Durée: 40 min.	Pneumonie double. Accidents périto- néaux.	M. 24 ^e jour.	.....	Pneumonie gangréneuse. Thrombose de la veine mésentérique.	2.240 gr.	200
.....	.....	G.	.....	.....	.....	212
Splénectomie facile..	Suites simples; puis collapsus, albumi- nurie.	M. 8 ^e jour.	.....	?	.....	201
.....	Suites simples.	G.	.....	2 ans après, santé excel- lente.	300 gr.	213
Laparotomie latérale.	<i>Idem.</i>	G.	.....	2 ans après, bonne santé.	1.250 gr.	214
Lymphectomie gauche.	Sang normal. Pas d'hypertrophie gan- glionnaire.	G.	.....	.....	Long : 12 c.	215
Laparotomie latérale. Adhérences molles au diaphragme. — Durée : 1 heure.	Suites simples, sauf une douleur passa- gère à gauche. Sang normal.	G.	Un an après, santé excel- lente.	.....	1.150 gr.	216
Laparotomie latérale. Adhérences parié- tales. — Durée : 35 minutes.	Fièvre.	G.	4 mois après, santé excel- lente.	.....	3.000 gr.	217
Laparotomie média- ne. Pas d'adhéren- ces.	Pouls très rapide, fiè- vre. Amélioration lente. Pleurésie gau- che, sèche, prolon- gée.	G.	2 ans après, santé excel- lente.	.....	2.800 gr.	218
Laparotomie explo- ratrice. Effet nul. Splénectomie.	.....	M. 8 ^e jour.	.....	Péritonite.	2.000 gr.	202

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIP
	MINER, in DOUGLAS. <i>J. amer. med. ass.</i> , avril 1896, 803.	...	.....	Splénomégalie.	.....	.....
1896	TUFFIER. <i>Obs. inédite.</i>	H.	25	<i>Idem.</i>	.....	.....
1896	A. DELÉTREZ. <i>An. de l'Inst. chir. de Bruxelles</i> , 1896, n° 6.	F.	64	<i>Idem.</i> Hépatomégalie.	18 mois.	Douleurs violentes. Adénopathies mineuses. Paléucémie.
1896	G. RICHELOT. <i>Obs. inédite.</i>	F.	....	Splénomégalie.	1 an.	Affaiblissement. mie.
1896	G. RICHELOT. <i>Idem.</i>	F	18	<i>Idem.</i>	.....	Douleurs.

Rates mobiles et ectopie

1876	PÉAN. <i>Gaz. des hôp.</i> , 1879, n° 84.	F.	24	Splénomégalie.	18 mois.	Douleurs vives. Hémissemments. Hémémèses. Séjour lit.
1877	MARTIN. <i>Brit. med. J.</i> , 1878, I, 191.	F.	.....	Rate mobile.	.....	Douleurs vives.
1878	A. AOULO. <i>Ann. universali di medicina</i> , nov. 1878.	F.	24	Splénomégalie. Rate en ectopie fixe.	2 ans.	Troubles digestifs circulatoires. te. Anémie.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
.....		M	.....			203
parotomie en croix. Pas d'adhérences. Hémorrhagie. Splé- nectomie difficile. — Durée : 1 h. 15.		M. 2 ^e jour.	.....		1.130 gr.	204
parotomie média- ne, puis transversa- le. Hémorrhagie par plaie opératoire de la rate. Splénecto- mie.	Suppuration de la plaie. Mauvais état général.	M. 5 ^e jour	.....		2.500 gr.	205
parotomie média- ne. Splénectomie fa- cile.	.....	M. 3 ^e jour.	.....	Péritonite.	2.300 gr.	206
parotomie média- ne. Déchirure de la rate. Splénectomie.	Affaiblissement.	M. dans soirée.	.....		Énorme.	207

on leucémiques et non paludiques).

parotomie média- ne. Pas d'adhéren- ces. — Durée : h. 30.	.....	G.	.....		1.125 gr.	221
parotomie média- ne. Pas d'adhéren- ces. — Durée : 28 minutes.	Suites simples. Sang normal.	G.	.....		Légère hyper- trophie.	222
parotomie hypogas- trique. Adhérences nombreuses, parié- tales et viscérales. — Durée : 40 min.	Collapsus.	M. 3 ^e heure.	.....		4.510 gr.	219

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	ÂGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIP.
1878	CZEERNY. <i>Wien. méd. Week</i> 1879, n° 13.	F.	24	Splénomégalie. Hépa- tomégalie.	3 ans.	.....
....	E. YOUNKIN. <i>Amer. méd.</i> J. 1884, XII, 289.	.....	.....	Rate mobile.	.....	.....
1884	TH. BILLROTH, in HAE- KER. <i>Soc. des méd. de</i> <i>Vienne</i> , 28 mars 1884.	F.	43	Lympho-sarcome pri- mitif.	10 ans.	Douleurs. Oppres-
1886	A. CHCI. <i>Gaz. d. Osped.</i> , 23 mai 1886.	F.	17	Splénomégalie. Rate en ectopie.	Congé- nital.	Douleurs viole Oppression.
1886	J. MAC CANN. <i>Med. News</i> , août 1887, 179.	F.	29	Rate mobile.	6 ans.	Douleurs. Héma- ses. Anémie. I ment.
1887	ASCH. <i>Arch. f. gynæk.</i> , 1887, 130. Obs. I.	F.	31	Sarcome. Rate mobile.	4 mois.	Anémie. Sang no Grossesse d'un
1887	POLK. <i>N. Y. obst. Soc.</i> , 1 ^{er} févr. 1887.	F.	.....	Rate en ectopie pel- vienne.	.....	Douleurs. Tro rectaux et vési
1887	SEVEREANN. <i>Arch. f. klin.</i> , <i>Chir.</i> , 1888, 660.	F.	40	Rate mobile.	8 ans.	Douleurs.
1887	RIEDEL. <i>Deuts. Chir.</i> , 1890, 142.	F.	28	Splénomégalie. Rate mobile.	10 mois.	Douleurs. Tro gastriques,
1887	LEONARD. <i>St. Joseph med.</i> <i>Herald</i> , 1889, VII, 107.	F.	.....	Rate flottante.	.....	.....

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
parotomie média- ne. Pas d'adhéren- ces.	Hypertrophies gan- glionnaires. Leuco- cytose passagère.	G.	6 mois après, bonne santé.	.....	365 gr.	223
.....	.....	G.	.....	.....	.....	224
Adhérences intesti- nales et épiploïques. Hémorrhagie.	Suites simples. Leu- cocytose légère. Pas d'hypertrophie gan- glionnaire.	G.	Mort de récidence 6 mois après.	.....	1.450 gr.	225
parotomiemédiane. — Durée : 1 h. 15.	P. incomptable, R. rapide. Suppuration de la plaie et érys- pèle.	G.	5 mois après, santé excellente.	.....	2.400 gr.	226
parotomie sous-om- bilicale. Adhéren- ces épiploïques. Pe- tite déchirure de la rate.	Phlébite du membre inférieur gauche.	G.	13 mois après : grossesse de 8 mois, légère leucocytose.	.....	420 gr.	228
parotomiemédiane. Pas d'adhérences. — Durée : 25 m.	Suites simples. Hy- pertrophies gan- glionnaires.	G.	Accouchement 7 mois après. Bonne santé.	.....	Long. 22 c.	227
Adhérences solides, hémorrhagie abon- dante.	.....	G.	.....	.....	2 fois volu- me du rein.	229
parotomiemédiane. Splénectomie facile.	.....	G.	1 an après, santé excellente. Pas de leucémie.	.....	985 gr.	230
<i>Idem.</i>	Sang normal.	G.	1 an après, bonne santé.	.....	Long. 15 c.	231
.....	.....	G.	.....	.....	.....	232

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIP
1887	LIEBMANN. <i>Sperimentale</i> , 1888, LXII, 121.	F.	28	Splénomégalie. Rate mobile.	.....	Douleurs intolérables. Amaigrissement.
1887	S. WELLS. <i>Med.-chir. transaction.</i> , 1888, 255.	F.	22	Rate mobile	2 ans	Assez bon état général. Douleur. Ic Ascite.
....	TH. KOCHER. <i>Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte</i> , 1888, 649.	F.	51	Lymphome malin (?)	5 ans	Indolence. Amaigrissement considérable. Adénop
1889	LOHLEIN. in <i>J. Metzges. Zeits. f. Geb. u. Gyn.</i> , 1890, 31.	F.	35	Splénomégalie. Rate en ectopie.	.....	Douleurs intolérables. Amaigrissement.
....	TROMBETTA. <i>Congr. ital. de chir.</i> , 1890.	...	.....	Rate mobile.	.....	.....
1890	WAGNER. <i>Congrès de la Soc. allem. de chir.</i> , Berlin, 1894.	F.	27	Sarcome.		Affaiblissement, amaigrissement, trêmes.
1892	ANGERER. <i>Munch. med. Woch</i> , 1894, 557.	F.	45	Splénomégalie. Rate mobile.	8 ans	Douleurs vives. général médi
1892	BOTTINI, in JEMOLI. <i>Clinica chir.</i> , 1893, 61.	F.	43	Rate mobile.	4 ans	Douleurs. Vomissements. Dyspnée, péricissement.
1892	LINDFORS. <i>Nordiskt med. Archiv</i> . 1892, 29.	F.	20	Splénomégalie. Rate mobile.	5 ans	Douleurs vives.
1892	H. TREULE. <i>Union méd.</i> , 1893, 65.	F.	48	Splénomégalie. Rate en ectopie.	7 ans.	Douleurs.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
arotomie médiane. adhérences épiploï- ques.	Phlegmon du liga- ment large.	G.	3 mois après santé, excellente.	.....	4 fois volu- me nor- mal.	233
arotomie média- le. Rupture opéra- ire de la rate; hé- morrhagie abon- dante.	Pendant 5 jours : fiè- vre, pouls rapide. Leucocytose passa- gère.	G.	.....	.....	1.750 gr.	234
arotomie médiane, cuis transversale. adhérences au dia- phragme.	Leucémie progressive. Albuminurie. Oede- mes.	G. oper.	3 mois après, mauvais état général	.....	3.530 gr.	235
adhérences pariéta- les lâches.	Légère hypertrophie thyroïdienne pas- sagère.	G. oper	Un mois après, mort de tuberculose pulmonaire	.....	Tête d'en- fant.	236
.....	Leucocytose passagè- re.	G.	.....	.....	.....	237
d'adhérences.	.....	G.	4 ans après, santé excellente.	.....	2 poings	238
arotomie média- le. Hémorrhagie sans abondante.	.....	G.	.....	.....	1.100 gr.	239
arotomie sous- costale. Splé- nectomie facile.	Suites simples.	G.	9 mois après, santé excellente	.....	Vol. gros rein	240
arotomie latéra- le longitudinale et transversale. Splé- nectomie facile.	15 ^e jour : évacuation de pus par l'intes- tin.	G.	5 mois après, bonne santé	.....	1.155 gr.	241
adhérences pariétales intestinales mol- les.	Sang normal.	G.	18 mois après, santé excel- lente.	.....	.....	243

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1892	MARKOE. <i>Ann. of surg.</i> , 1893, XVII, 582.	F.	64	Splénomégalie Rate mobile.	4 ans.	Douleurs . . . Dy Troubles dig Amaigrissem
1892	E. TRICOMI, <i>Rif. med.</i> , 1892, II, 842. Obs. III.	F.	32	<i>Idem.</i>	4 ans.	Douleurs. Bon néral.
1893	E. TRICOMI. <i>Congrès intern. des soc. med.</i> , Rome, 1894.	F.	30	Rate mobile.	.....	.....
1894	E. TRICOMI in VALEGGIA. <i>Rif. med.</i> , 1896, II, 509. Obs. IX.	F.	63	Splénomégalie. Rate mobile.	.....	.....
	ORLOFF. <i>Centr. f. Gyn.</i> , 1894, n° 116.	.....	.....	Splénomégalie. Rate ectopiée.	.....	.....
	G. MAZZONI. <i>Bol. del Soc. Laucisiara</i> , 1895.	.....	.....	<i>Idem.</i> Tumeur de la queue du pancréas.	.....	.....
1895	GIRARD - MARCHAUT. <i>Obs. inédite.</i>	F.	43	Splénomégalie. Rate mobile.	.....	Vomissements bles digestifs
1895	J. BLAND SUTTON, <i>Lancet</i> , 1895, II, 975. Obs. III.	F.	32	Rate mobile.	10 ans.	Gêne.
1895	C. J. BOND. <i>Lancet</i> , 1896, I, 1207.	F.	36	<i>Idem.</i>	2 ans.	Anémie progr Vomissement
1896	BALLANCE. <i>Méd. Soc. of London</i> , 11 janv. 1897.	F.	29	<i>Idem.</i>	6 mois	Douleurs vio Troubles dig

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
Laparotomie médiane. Difficulté pour déloger la rate du pelvis.		G.			2.575 gr.	243
Laparotomie latérale. Pas d'adhérences - Durée : 50 min.	Suites simples. Légère leucocytose passagère. Pas d'hypertrophie ganglionnaire.	G.	2 ans après, santé excellente.		1.080 gr.	244
Laparotomie médiane. — Durée: 40 minutes.	Sang normal. Pas d'hypertrophie ganglionnaire.	G.	6 mois après, santé excellente.		450 gr.	245
Laparotomie latérale. — Durée : 55 min.	Sang normal.	G.	Un an après, santé excellente. Puis néphrectomie pour sarcome.		640 gr.	246
		G.			Tête fœ us	217
		G.				248
Splénectomie facile.	Symptômes d'hémorrhagie.	M. nuit suivante		Chute d'une ligature.		229
Laparotomie latérale. Hémorrhagie par 2 artères qu'on avait omis de lier.	Schock pendant 4 heures.	G.	2 ans après, santé excellente.		540 gr.	249
Laparotomie médiane. Pas d'adhérences. Splénectomie facile.	Sang normal.	G.	4 mois après, santé excellente.		500 gr	250
On renonce à la splénoexie, qu'on comptait faire, en raison de la longueur du pédicule.	Fièvre, mauvais état général, leucocytose, amaigrissement Puis hypertrophie ganglionnaire et amélioration de l'état général.	G.				251

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1897	E. TRICOMI. <i>Obs. inédite.</i>	F.	33	Rate en ectopie.	.....	.....
1897	G. RICHELOT. <i>Obs. inédite.</i>	F.	23	Rate mobile. Splénomégalie. Annexite gauche.	1 an.	Douleurs vives. Anémie. Grassement. Abaissement.
Torsion du pédoncule						
....	FROCHOWNICH. <i>Soc. Méd. Hambourg</i> , 21 avril 1885.	F.	41	Torsion du pédicule d'une rate mobile.	.....	Accidents subaigus intermittents.
1885	ALBERT. <i>Verhandl. d. Ges. f. chir.</i> , 1885, 63.	F.	34	<i>Idem.</i> Rate paludique.	23 jours.	Anémie. Péritonite. Fièvre. Sang : G. B. pour 6 G.
1886	GERSUNY. <i>Wien. méd. Presse</i> , 1888, p. 52.	F.	37	Torsion du pédicule d'une rate mobile.	2 mois	Douleurs. Dyspnée. Fièvre. Amaigrissement. Ascite.
1888	DITTEL. <i>Soc. méd. Vienne</i> , 9 mars 1888.	F.	24	<i>Idem.</i> Cystopéryélo-néphryte bilatérale.	.....	.....
1888	GOODELL. <i>N.-Y. méd. J.</i> , 1888, XLVII, 217.	F.	40	Torsion du pédicule d'une rate paludique.	.....	Hématémèses et mophytysies.
1888	G. B. LAWRASON. <i>New-Orleans med. and Surg. J.</i> 1888, XVI, 354.	F.	31	<i>Idem</i>	2 mois.	Douleurs.
1889	Y. H. BOND. <i>Weekly med. review</i> ., 1889, XIX, 393.	F.	.....	Torsion du pédicule d'une rate flottante.	7 jours.	Violentes douleurs. Vomissements. Choc. Lapsus. Grossesse 6 mois
....	PENROSE, in FUSSELL. <i>Unice, med. Magazine</i> . 1890, II, 649.	F.	50	<i>Idem</i>	48 h.	.....

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
parotomie médiane.	.....	G.	.....	.....	770 gr.	252
parotomie médiane. Pas d'adhérences. Castration gauche.	Suites simples.	G.	.....	.....	2 poings	253
de la rate.						
.....	.....	G.	.....	.....	Long. 21 c.	264
parotomie médiane, puis transversale. Adhérences molles.	Sang devient normal.	G.	.....	.....	2,700 gr.	263
ésions de péritonite. Adhérences intesti- nales et épiploïques. Hémorrhagie abon- dante.	Péritonite.	M un mois après	.....	Péritonite.	2,508 gr.	254
ncrope mortelle au moment où on sai- sit la rate.	.....	M	.....	.....	.....	255
ombreuses adhé- rences.	Embolie le 4 ^e jour.	M 6 ^e jour	.....	.....	.....	256
parotomie sous-om- bilicale.	.....	G.	.....	.....	1.620 gr.	265
parotomie média- ne. Adhérences. Sé- rosité sanguinolente dans péritoine.	Avortement le lende- main.	M. 2 ^e jour.	.....	.....	1.600 gr.	257
.....	.....	M. lendem.	.....	.....	4 fois, volume normal.	258

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1890	GLASGOW. <i>Amer. assoc. of obst. and gyn.</i> , 1891, VIII, 238.	F.	23	Torsion du pédicule. Rate enclavée dans le pelvis, réduite plusieurs fois.	7 mois.	Douleurs.
1892	J. BLAND SUTTON. <i>London clin. soc.</i> , déc. 1892, 46.	F.	22	Torsion du pédicule d'une rate mobile, traitée sans succès durable par la détorsion.	5 jours.	Péritonite.
1893	W. CONKLIN. <i>Tr. Ohio med. Soc. Toledo</i> , 1894, 366.	F.	29	1 ^o Splénomégalie paludique. Rate mobile.	.....	Douleur.
				2 ^o Torsion du pédicule.	17 jours.	Péritonite.
1893	H. HARTMAN. <i>Soc. de Chir.</i> , 1895, 348.	F.	18	Torsion du pédicule d'une rate paludique.	14 jours.	Péritonite.
1893	HEURTAUX. <i>Soc. de chir.</i> , 1893, 752.	F.	17	<i>Idem.</i> Rate sphacélée.	1 mois.	Péritonite.
1893	G. RICHELLOT. <i>Acad. de méd.</i> , 13 juin 1893.	F.	27	Torsion du pédicule d'une rate en ectopie.	.....	Douleurs. Séjour lit depuis longtemps.
1894	ERIBERTO AIEVOLI. <i>Rif. méd.</i> , 1895, I, 98.	F.	23	Torsion du pédicule d'une rate paludique	3 ans.	Douleurs violentes, faiblissement. Fèvre. Diarrhée, Saug. Un G.B. pour 40 G.

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
renonce à la splé- nopexie à cause de la friabilité de la capsule.	.....	G.	4 mois après, santé excellente.	.....	3 fois volume normal	262
.....	.....	G.	5 ans après, santé excellente.	.....	480 gr.	266
Laparotomie ex- ploratrice. Réduc- tion de la ratelibre d'adhérences.	Douleurs abdominales violentes.	.....	.....	.....	.....	267
Splénectomie pé- nible à cause de nombreuses adhé- rences. Déchirure de la capsule splé- nique. Drainage.	Shoch intense. Fièvre.	G.	7 mois après, santé excellente	.....	2.125 gr.	.....
Laparotomie média- ne. Adhérences épi- ploïques et intesti- nales.	Suites simples. Accès de fièvre palustre. Leucocytose passa- gère.	G.	2 ans et demi après, santé excellente.	.....	2.190 gr.	268
Laparotomie médiane. Adh ^{ces} pariétales, in- testinales, épiploï- ques. Lavage du péritoine. Drainage.	Affaiblissement.	M. 3 ^e jour.	.....	.....	615 gr.	259
Laparotomie médiane. Adhérences faibles, épiploïques. utéri- nes et appendicu- laires.	Suites simples.	G.	3 mois après, santé excel- lente.	.....	Triple.	269
Laparotomie para- médiane gauche. Ad- hérences nombreu- ses. Profonde déchirure opératoire de la rate. Opération pé- nible.	Suppuration de la plaie. Affaiblisse- ment, Tub. pulm.	M. 60 ^e jour.	.....	Pas de périto- nite. Tub. pulm.	3.300 gr.	260

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	ÂGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIPAUX
1894	DAYOT, in MORAULT. <i>Thèse Bordeaux</i> , 1896, Obs. I.	F.	31	Torsion du pédicule d'une rate paludique.	11 ans.	Accident ^{el} péritoné à forme lente répétition.
1894	E. MALINS. <i>Lancet</i> , 1894, II. 627.	F.	30	Torsion du pédicule d'une rate mobile.	8 jours.	Péritonite.
.....	A. RUNGE. <i>Berl. klin. Woch.</i> , avril 1895, 346.	F.	21	<i>Idem.</i>	.....	Tiraillements et douleurs gastriques
1895	H. GRAY CROLY. <i>Trans. of the roy. Acad. of méd. in Ireland</i> , 1896, 262.	F.	40	<i>Idem.</i>	?	Indolence. Oppression.
Tuberculose, Syphilis, Dégénération						
1888	A. S ^r LAWRENCE-BURKE. <i>Dublin J. of the med. sc.</i> 1889, 540.	.	27	Tuberculose d'une rate mobile.	6 mois.	Douleurs violentes
1895	MARRIOT. <i>Soc. pathol. Londres</i> , 19 nov. 1895.	F.	30	Tuberculose primitive de la rate.	2 ans.	.....
1897	J. BLAND SUTTON. <i>Obs. inédite.</i>	F.	21	Tuberculose d'une rate mobile.	.....	.....
1888	MANCUSO, in DANDOLO. <i>Gaz. med. lomb.</i> 1893, 115.	Enfant	.....	Syphilis splénique.	.....	.....
1881	T. A. MAC GRAW. <i>Med. record</i> , juin 1888, 711. Obs. II.	H.	27	Rate et foie amyloïdes	.....	Douleurs violentes

PARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N° DE L'OBSERVATION
arotomie média- e. Adhérences épi- loïques et intesti- nales.	Suites simples.	G.	Mort d'occlu- sion intestinale 13 mois après.	.....	650 gr.	270
arotomie média- e. Adhérences épi- loïques.	<i>Idem.</i>	G.	.....	.....	1.500 gr.	271
<i>Idem.</i>	<i>Idem.</i> Leucocytose passagère.	G.	.....	.....	850 gr.	272
Adhérences intesti- nales.	Vomissements. Col- lapsus.	M.	.....	?	.....	261
Acc amyloïde de la rate.						
arotomie média- e.	Fièvre et pouls rapi- de.	M. lende main.	.....	Péritonite probable.	1.500 gr.	273
.....	Suites simples.	G.	8 mois après, santé excellente.	.....	.....	274
.....	.....	G.	Un mois après, santé excellente.	.....	.....	275
.....	.....	G.	.....	.....	.....	276
Adhérences pariétales diaphragmati- ques. Hémorrhagie abondante.	.....	M. 2 ^e h.	.....	Hémorrhagie probable.	9.500 gr.	277

DATE	OPÉRATEUR ET SOURCE	SEXE	AGE	DIAGNOSTIC	DÉBUT	TROUBLES PRINCIP
Observations in						
1549	FIARANVANTI et ZANARELLI. <i>De tesoro della vita humana</i> , lib. II, cap. VIII.	F.	24	Splénomégalie paludique	.....	.....
1869	BAKER BROWN <i>Tanner's Practice of Medicine</i> , 1869, II, 151.	...	.....	.....	.....	.....
1869	O. DEWALF. <i>Boston med. and. surg J.</i> 1878, 195.	F.	.....	.....	.....	.....

ARTICULARITÉS OPÉRATOIRES	SUITES IMMÉDIATES	RÉSULTAT	SUITES ÉLOIGNÉES	AUTOPSIE OU CAUSE DE MORT	POIDS OU VOLUME	N ^o DE L'OBSERVATION
es ou douteuses.						
ectomie (?)		G.	.....	.....	.....	278
pendant l'opé- on.		M.	.....	Hémorrhagie	.....	279
.....		M. 2 ^e jour	.....	.....	.....	280

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

I. — Splénectomie expérimentale.

- Bardach (J.).** — Recherches sur le rôle de la rate dans les maladies infectieuses. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. III, 1889, p. 577 ; et t. V, 1891, p. 40.
- Bardleben.** — Note sur l'extirpation de la rate et du corps thyroïde. *Comptes rendus de l'Ac. des sciences*, 1844, t. XVII, p. 485.
- Beaunis.** — *Nouveaux éléments de physiologie humaine*, 1881, II, 872.
- Benario.** — *Deut. med. Week.*, 1894.
- * **Bennett.** — Sur les fonctions de la rate et des autres glandes lymphatiques. *Monthly Journ. of med. sciences*, 1852, t. XIV, p. 200.
- Bezançon (Fernand).** — Contribution à l'étude de la rate dans les maladies infectieuses. Thèse de Paris, 1895.
- * **Bottazzi.** — Physiologie de la rate. *Lo Sperimentale, sez. biol.*, 1895, 408.
- Carvalho (J.) et Pachon (V.).** — Expériences sur le pouvoir digestif du pancréas dans l'état de jeûne chez les animaux normaux et dératés. *Arch. de physiol.*, Paris, 1893, 633.
- Carvalho (J.) et Pachon (V.).** — De l'activité digestive du pancréas des animaux à jeun normaux et dératés. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 17 juin 1893, 641.
- Cecchini (J.).** — I. Sur la reproduction expérimentale de la rate. — II. Sur la prétendue reproduction de la rate. *Rassegna di Scienze mediche*, 1886.
- Ceresole.** — De la régénération de la rate chez le lapin. *Ziegler's Beitrage zur path. Anat.*, XVII, 602.
- Cesaris-Demel.** — Contribution au rôle de la rate dans les maladies infectieuses. *Rif. med.*, 1891, t. III, p. 40.
- Courmont (J.) et Duffau (E.).** — Marche des infections expérimentales chez le lapin splénectomisé. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 13 juin 1896, 604.
- Dastre (A.).** — Contribution à l'étude des ferments du pancréas. *Arch. de physiol.*, Paris, 1893, 774.
- Dastre (A.).** — Digestion pancréatique. Observation à l'occasion de la note de M. Herzen. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 29 juillet 1893, 818.

(1) Cet index, que nous croyons complet, renferme non seulement les indications qui se rapportent à la splénectomie, mais aussi celles qui concernent toute la chirurgie de la rate. Nous avons pensé faire œuvre utile en publiant ces renseignements qui nous ont servi dans la rédaction de ce travail et qui faciliteront les recherches que d'autres pourraient avoir à faire sur ce sujet.

Les indications précédées d'un astérisque * sont celles que nous n'avons pu consulter ni dans les originaux, ni dans les analyses.

- Dastre (A.)** — Dératement et croissance. *C. R. de la Soc. de biologie*, Paris, 8 juin 1893, 584.
- Dastre.** — Idem. *Arch. de physiol.*, Paris, 1893, 561.
- Denis.** — *Journal des Savants*, 1672.
- Dobson (W.)** — *Recherches expérimentales sur la structure et les fonctions de la rate*, 1830.
- Duffau (E.)** — *Du rôle de la rate dans les maladies infectieuses. Influence de la splénectomie sur la marche des infections expérimentales*. Thèse de Lyon, 1897.
- Emilianoff.** — Sur le rôle de la rate au point de vue de la composition morphologique du sang et sur l'influence de l'extirpation de cet organe sur la moelle des os. *Arch. des sc. biol.*, Saint-Petersbourg, 1893, 134.
- Eternod (A.)** — Sur un cas de régénération de la rate à la suite de l'extirpation totale chez le renard. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, Genève, 1885, 24.
- Foa (P.)** — Sur la reproduction de la rate. *Gazz. d'osp.*, Milan, 1885, 364.
- Foa et Scabia.** — Sulla immunità e sulla terapia della pneumonite. *Gaz. med. di Torino*, 1892, nos 13, 14 et 16; et *Rif. med.*, 1892, II, 92.
- Gabbi.** — Les altérations du sang à la suite de l'extirpation de la rate, au point de vue de la fonction hémolytique de la rate. *Ziegler's Beitrage zur path. Anat.*, 1896, XIX, 647.
- * **Georgiewski.** — *La leucocytose chez les animaux splénectomisés*. Thèse Saint-Petersbourg, 1895; et *Bolnits Gaz. Botkina*, 1895, n° 13.
- * **Gerlach.** — Études sur la rate. *Gaz. hebdom.*, 1856, III, 386.
- Gibson-Lockart.** — Les organes hématopoiétiques et l'hématopoïèse. *J. of anatomy and physiol.*, 1886, XX, 100.
- Gley.** — La question des rapports entre la rate et la glande thyroïde, d'après les recherches récentes. *Arch. de physiol.*, Paris, 1894, 207.
- Griffini (L.)** — Sur la reproduction partielle de la rate. *Arch. ital. de biol.*, 1883, III, 212.
- Grigorescu (G.)** — Modifications du sang par le séjour prolongé expérimentalement dans la rate. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 1887, 548.
- Quelques expériences sur le rôle hématopoiétique de la rate. *Arch. de physiol.*, Paris, 1891, 561.
- * **Herzen (A.)** — Digestion de l'albumine et fonction de la rate. *Imparziale*, Florence, 1870; et *Moleschotts Untersuchungen*, 1870.
- Influence de la rate sur la digestion pancréatique. *Centralb. f. med. Wiss.*, 1877, n° 23, p. 435.
- Même titre. *Revue scientifique*, Paris, 25 nov. 1882.
- * — Observations sur la formation de la trypsine. *Bull. de la Soc. vaudoise des sciences naturelles*, 1883; et *Pfluger's Archiv*, 1883.
- Rate et pancréas. *Soc. vaudoise de méd.*, 1887; in *Semaine méd.*, 1887, p. 324.
- Rate et pancréas. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 29 juillet. 1893, 814.
- Le jeûne, le pancréas, la rate. *Arch. de physiol.*, Paris, 1893, 176.
- Jeannel.** — Physiologie de la rate. *Diet. de méd. et de chir. prat.*, 1881, XXX, 482,
- Jonnesco (Th.)** — De la splénectomie. *Congrès intern. de méd.*, Moscou, août 1897.
- Kanthack.** — Ist. die Milz von Wichtigkeit bei der experimentellen Immunisirung des Kaninchens gegen den *B. pyocyaneus*? *Centr. f. Bakteriologie*, 1892, IXI, 227.

- Kourloff (M.-G.).** — Altérations du sang chez les animaux dans le cours de la première année après l'ablation de la rate. *Wratsh*, novembre 1888, X, 515.
- Lancereaux.** — Les glandes vasculaires sanguines; leur rôle pendant la période de croissance. *Semaine méd.*, 1893, 25.
- Laudenbach.** — Un cas de régénération totale de la rate. *Archiv. f. pathol. Anat.*, CXLI, 1.
- Laudenbach (J.).** — Recherches expérimentales sur la fonction hémopoïétique de la rate. *Arch. de physiol.*, Paris, 1896, VIII, 693.
- Recherches expérimentales sur la fonction hémopoïétique de la rate. Étude historique et critique. *Arch. de physiol.*, Paris, 1896, VIII, 724.
- Longet (F.-A.).** — *Traité de physiologie*, II, 343.
- Malassez et Picard.** — Des altérations des globules sanguins consécutives à l'extirpation de la rate. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1878, 19.
- Malpighi.** — De liene. *Opera omnia*, II, 114.
- Martinotti et Barbacci.** — Ueber akute Mitzenschwellung bei Infektionskrankheiten. *Centralbl. f. Allgemeine path.*, 1890, Bd. I, n° 2.
- Ueber die Physiopathologie des Mitzbrandes. *Fortschrift der Medicin*, 1891, Bd. IX, nos 9 et 11.
- Masoin.** — Recherches expérimentales sur l'atrophie congénitale et la turgescence digestive de la rate. *Bull. Acad. de méd. de Belgique*, 1880, XIV, n° 11.
- * **Mayer (C.-A.).** — Versuche über die Ausrottung der Milz. *Salzburger medizinisch-chirurg. Zeitung*, 1893, IX, 189.
- * **Melnikov-Raswedenkow.** — *Zeit. f. Hygien*, 1896, 466.
- Milne-Edwards (H.).** — *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*, Paris, 1872, VII, 250.
- Montuori (A.).** — Influence de l'ablation de la rate sur le pouvoir microbicide du sang. *Rif. med.*, 1893, I, 472.
- Mosler.** — *Pathologie und Therapie der Leukämie*, 1872.
- Les suites de l'extirpation de la rate. *Deuts. med. Woch.*, 29 mai 1884, 337.
- Orlandi (E.).** — De la splénectomie. *Rif. med.*, 1892, I, 688.
- Effets de l'ablation de la rate sur la rage. *Rif. med.*, 1893, II, 195.
- Philippeaux.** — *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1857, XLIV, 396.
- Picard et Malassez.** — Recherches sur les fonctions de la rate. *C. R. de la Soc. de biol.*, 20 nov. 1875, p. 370; et *C. R. de l'Acad. des sc.*, 10 avril 1876.
- Pouchet.** — Note sur la constitution du sang après l'ablation de la rate. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1878, 187.
- Righi.** — *Rif. med.*, 1893.
- Robin (Ch.).** — Physiologie de la rate. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1874, 3^e série, II, 422.
- Roger.** — La rate dans les maladies infectieuses. *Gaz. heb. de méd. et de chir.* 1^{er} avril 1893, 146.
- * **Sabbattani.** — Influence de l'âge sur les conséquences de la splénectomie chez les rats. *Arch. ital. de biol.*, 1895, XXIII, 1 et 2; et *Bull. de sc. med. di Bologna*, 1894, 7, 115.
- Sanguirico (C.) et Canalis (P.).** — De l'extirpation du corps thyroïde. *Arch. ital. de biologie*, V, f. 3, 390.
- * **Schiff (M.).** — Fonctions de la rate. *Schw. zeitschr. f. wissenschaft. Medicin* 1862.
- De la fonction de la rate. 5^e congrès intern. des sc. méd., Genève, 1877.

- Soudakewitch (J.).** — Recherches sur la fièvre récurrente. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, sept. 1891, 545.
- Tauber (A.).** — Des rapports physiologiques du corps thyroïde et de la rate. *Arch. f. path. An. u. Phys.* 1884, XCVI, I, 29.
- Tiedemann.** — *Zeitschrift f. Physiologie*, 1853, Bd. V, H. I.
- Tizzoni (Guido).** — Expériences et recherches sur la fonction hématopoïétique et sur la reproduction totale de la rate. *Arch. italiennes de biologie*, 1882, I, 22 et 129.
- De la reproduction de la rate à la suite de processus pathologiques qui ont aboli en partie les fonctions de la rate. *Idem*, 141.
- De l'ablation de la rate chez les chiens préalablement thyroïdectomisés. *Mem. Acad. di sc. d. Ist. di Bologna*, 1886.
- De la splénectomie chez le lapin et de l'absence de rapports fonctionnels entre la rate et la thyroïde. *Arch. ital. de biol.*, Turin, 1884, p. 103.
- Tizzoni et Cattani.** — Ueber die Wichtigkeit der Milz bei der experimentellen Immunisirung des Kaninchens gegen den Tetanus. *Centralbl. f. Bakteriologie*, 1882, Bd. XI, 325.
- Tiktine.** — *Revue méd. de Moscou*, 1894, X, 4.
- Tschistowitsch (N.).** — Modifications du sang après l'ablation de la rate. *Centralb. f. med. Wiss.*, 1894, 241.
- * **Ughetti et Mattei.** — De la spléno-thyroïdectomie chez le chien. *Arch. per le sc. med.*, Turin, 1885-6, IX, 235.
- Vaquez.** — Nouvelle observation de splénectomie chirurgicale avec examen du sang. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 5 juin 1897.
- Vassale (G.) et Brazza (P.).** — De la spléno-thyroïdectomie chez le chien et le chat. *Rivista sper de Freniatria e med. legale*, 1893, XIX, 378; et *Arch. ital. de biol.*, XXI, 347.
- Vitzou.** — Influence de l'extirpation de la rate sur les aptitudes génésiques. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 3 mars 1894, 207.
- * **Vulpian.** — *Gaz. méd. de Paris*, 1855.
- Vulpus (O.).** — Contribution à la chirurgie et à la physiologie de la rate. *Beitrag z. klin. Chir.*, 1894, XI, 633.
- Warbasse (J.-P.).** — Quelques remarques sur l'état actuel de la chirurgie et de la physiologie de la rate. *Ann. of surg.*, Philadelphie, 1894, XX, 205.
- Winogradoff.** — Sur la question de l'importance de la rate dans l'organisme. *Wratch*, 1883, nos 6 et 7, 87.
- Zanda.** — Sur le rapport fonctionnel entre la rate et la thyroïde. *Arch. ital. de biol.*, XIX, 432; et *Lo Sperimentale*, Firenze, 1893, XLVII.
- Zesas (G.).** — De l'extirpation de la rate chez l'homme et les animaux. *Arch. f. klin. Chir.*, 1883, XXVIII, 157.
- De l'extirpation de la rate et du corps thyroïde. *Arch. f. klin. Chir.*, XXX, 395.

II. — De la splénectomie en général.

- Adelmann.** — *Deutsche Klinik*, 1856, nos 17 et 18.
- Adelmann (G.).** — Modifications de la splénectomie depuis trente ans. *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, XXXVI, H. 2, 442.

- Asch.** — Splénectomie. *Arch. f. Gynec.*, Berlin, 1888, XXXIII, 130.
- * **Ashurst.** — *Internat. Encyc. Surg.*, vol. V, p. 1003.
- Barrault.** — *De la splénotomie chez l'homme avec une étude sur la physiologie de la rate*. Thèse Paris, 1877.
- * **Beijers.** — De la splénectomie. *Nederl. mil. geneesk. Arch.*, Utrecht, 1889, 18.
- Besnier (E.).** — Pathologie de la rate. *Dict. encycl. des sc. méd.*, article Aate; 1879.
- Blum (A.).** — Extirpation de la rate. Revue critique. *Arch. gén. de méd.*, 1883, I, 725.
- Bruhl (I.) et Bezançon (Fernand).** — Maladies de la rate. *Manuel de médecine de Debove et Achard*, 1895, 669.
- * **Ceci.** — Effets de l'extirpation de la rate chez l'homme. *Congrès de Pavie*, sept. 1880.
- * **Corona (A.).** — De la splénectomie. *Spallanzani*, Modena, 1882, XI, 113.
- Crédé.** — De l'extirpation de la rate pour tumeurs. *Berlin klin. Woch.*, 26 juin 1882.
- Dandolo (A.).** — État actuel de la chirurgie de la rate. *Gazzetta med. lombarda*, Milano, 1893, p. 85.
- * **De Renzi.** — De la splénectomie. *Morgagni*, Milano, 1890, XXXII, 283.
- Douglas (Richard).** — Statistique de la splénectomie. *Journ. Amer. med. Assoc.*, 1896, XXVI, 803.
- * **Filippoff.** — De la splénectomie. *Chir. Vestnik*, Saint-Petersbourg, 1890, VI, 487.
- Forgue (E.) et Reclus (P.).** — Tumeurs de la rate. *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1892, t. II, p. 725.
- Foubert.** — *De la splénectomie pour tumeurs de la rate*. Thèse Paris, février 1886.
- Franzolini.** — De l'extirpation de la rate chez l'homme. *Indipendente*, Torino, 1882, XXXIII, p. 217.
- Gilson (H.).** — De la splénectomie. *Rev. de chir.*, Paris, 1885, V, 317.
- * **Govséeff (L.-A.).** — De la splénectomie. *Wratch*, 1887, VIII, 668.
- * **Haard (J.).** — De la splénectomie. *Finsha laharesallsh. hand.*, 1887, XIX, 3.
- Hartmann (H.) et Vaquez.** — Les modifications du sang après la splénectomie. *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris, 30 juin 1897, 126.
- * **Helmuth (W.-T.).** — Statistiques de splénectomie. *Reports « Helmuth House »*, New-York, 1888, III, 14.
- Heydenreich.** — De la splénectomie. *Semaine méd.*, 9 février 1887, 49.
- Jeannel (M.).** — Pathologie de la rate. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1881, XXX, 486.
- Jonnesco (Th.).** — De la splénectomie. *Congrès intern. de méd.*, Moscou, août 1897.
- Koenig (Franz).** — *Traité de pathol. chir.* (trad. par COMTE), 1889, II, 259.
- * **Kostiourine.** — Phénomènes observés après l'extirpation de la rate. *3^e Congrès des méd. russes*. Saint-Petersbourg, 1889.
- Magdelain (L.).** — *Les kystes séreux et acéphalocystiques de la rate*. Thèse Paris, 1868.
- Mollière (D.).** — Splénotomie. *Dict. encycl. des sciences méd.*, 1884, XI, 327.
- * **Morris.** — Injuries and diseases of abdomen. *Internat. Encyc. Surg.* V, 1104
- * **Nedopil.** — La laparosplénotomie. *Wien. med. Woch.*, 1879, n° 9, 222.

- Péan (J.).** — *Ovariectomie et splénectomie*, 1869.
— *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*, Paris, 1880.
Quénu. — Affections chirurgicales de la rate. *Traité de chir. de Duplay et Reclus*, 1^{re} édition, VII, 187.
Smith (Greig.). — *Abdominal Surgery*, 1889, 3^e édition, 614.
Spanton. — Trois cas de splénectomie. *Brit. med. J.*, 1895, II, 1090.
Thiele. — *De la laparotomie*. Thèse Berlin, 29 janv. 1886.
Tricomi (E.). — Huit splénectomies et une ligature de l'artère splénique. *Congrès intern. des sciences méd.*, Rome, 1894.
Valeggia. — Sur un cas de splénectomie. *Rif. med.*, 1896, II, 495.
Vulpus (O.). — Contribution à la chirurgie et à la physiologie de la rate. *Beitrag z. klin. Chir.*, 1894, XI, 633.
Warbasse (James O.). — Quelques remarques sur l'état actuel de la chirurgie et de la physiologie de la rate. *Ann. of surgery*, Philad., 1894, XX, 205.
Wright (G. A.). — De la splénectomie. *Med. Chronicle*, Manchester, 1888, IX, 188.

III. — De la splénectomie dans les lésions traumatiques de la rate.

- Adelmann.** — Hernie traumatique de la rate ; ablation partielle ; guérison. (Cas de SCHULZ). *Deutsche klinik*, 1856, n° 18.
Alston. — Plaie et hernie de la rate ; splénectomie. In OTIS, *Histoire de la guerre de Sécession*, 1876, vol. II, part. II, 150.
Baillous. — *Observations chirurg.*, S. VI, obs. VI.
Ballance. — Deux cas de rupture de la rate. *Med. Soc. of London*, 11 janv. 1897.
Ballance. — Voir PITTS.
Barrallier (A.). — Contribution à l'étude des ruptures spontanées de la rate. *Arch. gén. de méd.*, Paris, 1888, II, 299.
Battle (W. H.). — Laparotomie pour rupture de la rate. *Med. Press and Circ.*, London, 1893, LV, 403.
Bazille. — Hernie traumatique de la rate ; ablation, guérison. *Rec. de méd. et de chir. militaires*, 3^e série, XXVI, 119.
Bell (C.). — *Patholog. medic. van Allan Webb*, London, 1844, II, 144.
Berry. — Rupture de la rate ; splénectomie. In BATTLE, *Med. Presse and Circular*, 1893, LV, 403.
Berthet. — Hernie traumatique de la rate, ablation partielle ; guérison. *Gaz. méd. de Paris*, 1844, n° 18.
Bouteillier. — *Mouvement méd.*, Paris, n° 29.
Branstetter. — *Des ruptures de la rate*. Thèse Paris, janv. 1893.
Bresciani. — In ADELMANN. *Arch. f. klin. Chir.*, 1887, XXXVI, 442.
Brown (Harold). — Splénectomie pour issue de la rate à travers une plaie de l'abdomen. *British med. J.*, 1897, I, 133.
Clarkes (Tim.). — Hernie traumatique de la rate : ablation ; guérison. Cas de D. TUBBEVILLE. *Ephem. nat. curios.*, IV et V, observ. 1673-1674.
Croft. — Rupture de la rate, splénectomie. In BATTLE.
Dalton. — Rupture de la rate, splénectomie. In BATTLE.

- Deaver.** — Traumatisme de la rate, splénectomie. In *DOUGLAS. J. amer. med. Assoc.*, 1896, XXVI, 803.
- Demoulin (A.).** — Rupture traumatique totale de la rate ; splénectomie ; mort le 3^e jour. *Obs. inédite.*
- Donnel.** — Hernie traumatique de la rate, splénectomie, guérison. *Transact., of the med. and physio. Society of Calcutta*, 1836.
- Dorsch.** — *Kopps Jahrbuch der Staatsarznei Kunst.*, III, 100.
- Ferguson (John).** — Ablation partielle d'une rate blessée. *Philosophical transactions*, IX, 149, London, 1747.
- Gerbezius.** — *Ephem. nat. curios.*, IX.
- Goldhadder.** — In *ADELMANN.*
- Hannaeus.** — Hernie de la rate. *Ephem. nat. curios.*, 1698.
- Harless.** — *Rheinisch-Westphalesche Jahrbucher*, 8 Bd. I. St. 8, 92.
- Klinger.** — Ablation d'une rate herniée. *Wien. med. Presse*, 1889, n° 26, 1073.
- Lamarchia.** — Un cas de suture de la rate. *Cent. f. Chir.*, 11 janv. 1896.
- Lane (W. A.).** — Rupture de la rate, splénectomie. In *BATTLE.*
- Lenhossek (Leuhassek).** — Ablation partielle d'une rate herniée. *Hecker's medicin. Annales.* Berlin, 1828, X, 395.
- Mac Lane Tiffany.** — Plaie par arme à feu de la rate et du rein, laparotomie hémostase par suture profonde. *Med. News*, 17 nov. 1894, 546.
- Markham.** — Plaie et hernie de la rate, splénectomie. *New-York med. rec.*, septembre 1875.
- Mathias (Nicolas).** — De exciso liene ex homine sine noxa. *Ephem. med. physicar nat. curios.*, 1684, III, 378.
- * **Mayer.** — *Die Wunder der Milz*, Liepzig, 1878.
- * **Morris.** — *Internat. syst. of Surg.*, vol. V ; injuries and diseases of abdomen.
- Novelli.** — *Commentatio della chirurgia*, Bologne, 1871.
- O'Brien (F.).** — *Mexico med. chir. Journal and review*, janvier-juin 1816, I, 8.
- Otis.** — *Med. and surg. history of the war of the Rebellion (guerre de Sécession)*, vol. II, part. II, 1876, 149.
- Peyrot.** — Plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver ; blessure de la rate ; splénectomie. *Bull. Soc. de chir.*, Paris, 1895, 721.
- Pierson (Samuel).** — Rupture traumatique de la rate ; opération (tamponnement) ; guérison. *N.-York. med. J.*, 22 août 1896, 271.
- Pietrzycki (A.).** — Ablation de la rate herniée. *Przegląd Lekarski*, 1874 ; In *Centralb. f. Chir.*, 1874, n° 38.
- Pitts (Bernard) et Ballance (C.).** — Splénectomies pour ruptures. *London clin. Soc.*, 14 février 1896.
- * **Postempski (P.).** — Contusion du poulmon droit et de la rate ; difficulté du diagnostic ; splénectomie. *La Spallanzani*, Rome, 1888, XVII, 30.
- Powel.** — Hernie de la rate à travers une plaie abdominale. In *DOUGLAS. J. amer. med. Assoc.*, 25 avril 1896, 803.
- Purmann.** — *Breslau chir. curios.*, I Ch. S. 274.
- Ricard.** — Contusion abdominale, — rupture de la rate, — déchirure du par créas, — rupture des vaisseaux rénaux. *Obs. inédite.*
- Riegner.** — Splénectomie pour rupture de la rate. *Berl. klin. Woch.*, 20 février 1893, XXX, 177.
- Roddick.** — Excision de la rate. *Montreal med. chir. Society*, 6 nov. 1885.
- Rousset (Franz).** — Deux cas de blessure de la rate. *Traité nouveau d'hystérotomie*, Paris, 1581, 8 sect. IV, c. IV.

- Schulz (J.).** — Voir **ADELMANN**.
- Sodo.** — Plaie par arme à feu du thorax et de l'abdomen ; splénectomie et néphrectomie. *XI^e Congrès de la Soc. ital. de chir.*, Rome, oct. 1896.
- Strange (H.)** et **Ware (E.).** — Rupture de la rate, splénectomie, mort. *British med. J.*, 1897, I, 1088.
- * **Trapp.** — Étude sur les blessures par contusion du diaphragme, de la rate et du foie. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1896, XLIV, 3-4.
- Tubbeville (Dotreng).** — Voir **TIM. CLARKES**.
- Elias.** — *Gaz. méd. de l'Orient*, 1874, XXVI, 43.
- Viard.** — Voir **FRANZ ROUSSET**.
- Vincent.** — Sur le pronostic et le traitement des ruptures de la rate. *Bul. Soc. de chir.*, Paris, 1892, 830; et *Rev. de chir.*, 1893, 449.
- Weir.** — *Déchirure de la rate et du rein ; splénectomie et néphrectomie*. In **BATTLE**.
- Willien (L.-J.).** — Un cas de splénectomie. *Indiana med. J.*, 1889, VIII, 267.
- Wilson.** — Hernie de la rate, splénectomie, guérison. *South. Chelms Handbuch der Chirurgie*, 1743.

IV. — Splénites et périssplénites suppurées.

- Black.** — Abscès de la rate guéri par incision et drainage. *British. med. J.*, 17 oct. 1896.
- Caton** et **Reginald Harrison.** — Abscès de la rate, ouverture et drainage. *British. med. J.*, 1888, I, 586.
- Chowdhoooy.** — Abscès de la rate ouvert dans le poulmon gauche et guéri par l'opération. *British med. J.*, 1887, II, 1047.
- Collier (J.).** — Abscès de la rate. *Lancet*, 1895, II, 1297.
- Cramer (K.).** — Un cas de chirurgie de la rate (abcs splénique et périssplénique). *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1896, XLII, 597.
- D'Antona.** — Splénectomie à la suite d'une nouvelle infection due à un bacille spécial. *6^e Congrès italien de chir.*, Bologne, 1889.
- Fantoni.** — Périssplénite suppurée, splénectomie, guérison. *Opuscula med. et physiol.*, Genève, 1738.
- Fassina (D.).** — *Des abscesses de la rate dans les maladies infectieuses, et particulièrement dans la malaria*. Thèse Paris, mai 1889.
- Feirerius.** — Voir **FANTONI**.
- Grandmoursel.** — *Des abscesses de la rate*. Thèse Paris, juillet 1885; et *Paris méd.*, 1886, XI, 73.
- Hatchett.** — Un cas de laparospilénectomie. *Med. Record*, 1896, L., 426.
- Howe.** — Abscès de la rate. *Med. News*, 7 oct. 1893, 405.
- Krieger (G.).** — Guérison d'un abscess de la rate. *Deuts. med. Woch.*, 1888, 793.
- Lauenstein.** — Abscès de la rate opéré et guéri. *Deuts. med. Woch.*, 1887, 1098.
- Meyers.** — Voir **MYERS**.
- Monod (Ch.).** — Volumineux abscess stérile de la rate, splénotomie, guérison. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1892, 668.
- Murphy (James).** — Cas heureux de splénectomie. *British med. J.*, 1894, II, 979.

- Myers (W. H.).** — Splénectomie pour rate malarique. *J. of. amer. med. assoc.*, 1887, VIII, 371.
- Nolen.** — Absès de la rate. *Weckblad von het ned. Tydschr. voor Geneesch.*, 10 mars 1894.
- Reysset.** — Des absès de la rate d'origine infectieuse ; un cas de splénite dans la variole. Thèse Bordeaux, 1894.
- Richelot (G.).** — Splénomégalie, rate transformée en éponge purulente, leucocytose ; splénectomie ; mort. *Obs. inédite.*
- Silberstein.** — Absès de la rate à la suite de violents étternuements. *Wiener Presse*, 1878, n° 44 ; in *Gaz. méd. Paris*, 1879, 434.
- * **Singh.** — Vaste absès de la rate, ponction, guérison. *Indian med. gaz.*, Calcutta 1891, XXVI, 242.
- Sutton (J. Bland).** — Cas de chirurgie abdominale. *Clinical journal*, 6 oct. 1897 369.
- * **Wallace.** — Absès de la rate, incision et drainage, guérison. *Indian med. gaz.* Calcutta, 1882, XVII, 52.

V. — Kystes de la rate.

- Albert.** — Echinocoques de la rate ; opération de Volkmann ; guérison, in LIHOTZKY, *Deut. Zeits. f. Chir.*, 1886, XXIII, 128.
- Alessandri.** — Kyste hydatique de la rate, pyothorax, guérison. *Il Raccogli-tore med.*, 20-30 août 1878.
- Arnozan et Demons.** — Voir GUÉRIN et LEGROS.
- Backhouse (J.).** — *Australian med. journal*, 1885, 409.
- Bardenheuer.** — Résection partielle de la rate pour kyste. *Deuts. med. Woch.*, 1890, 801.
- Barett (J. W.).** — Kyste hydatique de la rate. *Austral. med. J.*, Melbourne, 15 juin 1883, 256.
- Bergmann. Litten.** — Kyste hydatique solitaire de la rate. *Berl. klin. Woch.*, 1868, 592.
- *Arch. Langenbeck*, 1886, XXXVI, 460.
- Voir FEHLEISEN.
- Bouilly (G.).** — Voir MORDRET.
- *Bull. Soc. de chir.*, Paris, 1889, 305.
- Braine.** — Kyste hydatique de la rate. *Ann. de la polyclinique de Paris*, sept 1890, 49.
- Bucquoy.** — Des kystes hydatiques de la rate. *France méd.*, 1878, 743.
- * **Cardarelli.** — Kyste hydatique de la rate. *Boll. d. clin. Milano*, 1894, 41.
- Casanova et Poulet (A.).** — Contribution à l'histoire et à la thérapeutique des kystes hydatiques de la rate. *Rev. de Chir.*, Paris, 1888, 206.
- Cerné.** — Kyste hydatique suppuré de la rate. In thèse LAINÉ, 19.
- Chaintre.** — Kyste hydatique de la rate, laparotomie, fixation de la rate à la paroi abdominale, drainage, guérison. *Rev. de Chir.*, Paris, 1890, 811,
- * **Chalite.** — Splénectomie pour kyste de la rate. *Wratch*, 1894, n° 9.
- Concetti (L.).** — Kyste hydatique de la rate. *Gior. internaz. d. sc. med.*, Naples 1880, II, 247.

- Courtin.** — Kyste hydatique de la rate, ponction, guérison. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 18 juin 1893, 285.
- Cras (G.).** — *Etude sur les kystes hydatiques de la rate.* Thèse Bordeaux, nov. 1896.
- Crédé.** — Kyste de la rate, splénectomie, guérison. *Berl. klin. Woch.*, 26 juin 1882.
- Renseignements complémentaires sur le cas précédent. *Verhandl. d. deut. Gesel. f. Chir.*, 1885, 63.
- Degaille.** — Kyste hydatique de la rate pris pour un abcès froid. *Bull. Soc anat.*, Paris, 1850, 112.
- Delens.** — *Bul. Soc. de Chir.*, Paris, 1889, 305.
- Demons.** — Voir CRAS.
- Duguet et Poirier (P.).** — Kyste de la rate, incision, guérison. *Obs. inédite.*
- Durante.** — Kyste hydatique de la rate, splénectomie, mort. *Archiv. ed. Atti della società ital. di chir.*, anno 5, 221.
- Fasola (E.).** — Kyste hydatique de la rate, extirpation par la méthode de Lindemann. *Ann. di ostet.*, Milan, 1888, X, 1.
- Fehleisen.** — Deux cas de kyste hydatique de la rate (un de Bergmann). *Deut. med. Woch.*, 1888, XIV, 1003.
- Fick.** — Kyste hydatique de la rate, incision en un temps, guérison. *Deut. Zeit f. Chir.*, 1886, XXIV, 357.
- Fink (Fr.).** — Un cas de résection de la rate. *Zeitschrift f. Heilkunde*, Prag, 1889, X, 353.
- Garcia (V.).** — Kyste de la rate, ponction, incision, guérison. *Chron. med. Lima*, 1884, I, 253.
- Gérin-Roze.** — Kyste hydatique de la rate ouvert par le thermo-cautère. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1880, 20.
- Ghetti (Al.).** — Splénectomie pour kyste de la rate mobile. *Gazz. d. Osped. e d. cliniche*, 4 oct. 1896, 1257.
- Goluboff (G.).** — Kyste hydatique de la rate. *Med. Obozr.*, Mosk., 1885, XXIII, 779.
- Goyrand (O.).** — Kyste hydatique de la rate. *Gaz. des hôp.*, 1850, 100.
- Grossich.** — Kyste hydatique de la rate. *Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1888, XXIX, 692.
- Guérin et Legros.** — Kyste hydatique suppuré de la rate avec perforation du diaphragme. *Arch. clin. de Bordeaux*, juin 1896, 280.
- Guida.** — Kyste hydatique de la rate, splénotomie, guérison. *Rif. med.*, 1893, II, 134.
- Haberson Bryant.** — Kyste hydatique de la rate. *Guy's Hosp. Rep.*, third series, 1869, XIV, 213.
- Hahn.** — Kyste hydatique de la rate, splénectomie. *Soc. méd. de Berlin*, 12 et 26 juin 1895.
- Hartmann (H.).** — De la splénectomie pour kyste hydatique. 11^e Congrès franç. de chir., Paris, octobre 1897.
- Herrmann.** — Kyste hydatique de la rate. *Jahresbericht d. med. klinik. zu Breslau*, 1888; et *Centralb. f. Chir.*, 1891, 101.
- * **Hogel (J.-G.).** — Kyste hydatique de la rate traité par l'incision et le drainage; mort. *Indian med. rec.*, Calcutta, 1893, 386.

- * **Holstein (A.)**. — Kyste hydatique suppuré; opération de Simon. *Hospital's Tidende*, 1878, R. 2, Bd. 5, p. 101.
- Hueter**. — Voir UTERHART.
- Ikawitz (E.)**. — Un cas de laparotomie avec ablation d'un kyste splénique. *C. R. de la Soc. méd. de Tamboff*, 1887, 183.
- Jayle**. — Kyste hydatique de la rate, laparotomie, mort. *Bul. Soc. anat.*, Paris, 1891, 647.
- Jonnesco (Th.)**. — La splénectomie. *Congrès internat. des sc. méd.*, Moscou, août 1897. Obs. 7.
- Kœberlé**. — Vaste kyste hydatique de la rate; ponction; suppuration; extirpation; mort. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1873, 162 et 222.
- Lainé (H.)**. — *Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate*. Thèse Paris, juillet 1889.
- Lebert et Bergez**. — Kyste hydatique de la rate. *Berl. klin. Woch.*, 1871, 27.
- Le Dentu (A.)**. — Kyste hydatique du foie et de la rate. Incision du kyste hépatique. Splénectomie. Mort. *Étude de cliniq. chir.*, Paris, 1892, 277.
- Lenoël**. — *Kystes hydatiques de la rate*. Thèse Paris, 1879.
- Leprevost (F.)**. — Kyste hydatique de la rate guéri à la suite d'une ponction capillaire pratiquée avec la seringue de Pravaz. Rapport de SEGOND. *Soc. chir.*, Paris, 1889, 279.
- Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate et du foie. *Normandie méd.*, Rouen, 1889, 169.
- Lindemann**. — *Langenbeck's Archiv. f. klin. Chirurgie*, Bd. 33, 209 (article du Dr SCHLEGTENDAL).
- Lyhotsky**. — *Wien. Deuts. Zeitschrift f. Chir.*, 1886, XXIII, 128.
- Lyons (Ch.-J.)**. — Kyste hydatique de la rate. Incision, guérison. *British med. Journ.*, 1893, I, 12.
- Maclaren (R.)**. — Kyste hydatique de la rate traité par l'incision et le drainage. *Brit. med. J.*, 1892, I, 868.
- Magdelung**. — Beitrag Mecklenburg. Aerzte zur Echinococcenkrankheit *Centr. f. Chir.*, 1885, 208.
- Magdelain (L.)**. — *Les kystes séreux et acephalocystiques de la rate*. Thèse Paris, 1868.
- Marcano (G.)**. — Note pour servir à l'histoire des kystes de la rate (cas de FÉRÉOL). *Progrès méd.*, 1874, 262.
- Martineau**. — Kyste hydatique suppuré de la rate. *Union méd.*, févr. 1873, 181.
- * **Martini (V. P.)**. — Kyste hydatique de la rate. *Gior. internaz. d. sc. med.*, Napoli, 1887, IX, 826.
- Mas**. — Un cas de splénectomie, guérison. *Bol. del. Inst. med. Valenciano*, janv. 1889; et *Cent. f. Chir.*, 1889, 719.
- Meyer**. — Kyste hydatique de la rate devenu purulent après deux ponctions incision, guérison. *Soc. médic. Strasbourg*, 6 mars et 5 juin 1873.
- Michon et Hemey**. — *Kyste hydatique de la rate traité par le caustique et la canule à demeure*. IN Thèse MAGDELAIN, 1868, obs. XVI, 40.
- Mordret**. — Kyste hydatique de la rate, laparotomie, guérison. (Rapport de BOUILLY). *Bull. soc. chir.*, Paris, 1892, 657.
- Moreschi (Auguste.)**. — Voir GHETTI.

- Mosler (Fr.).** — Kyste hydatique de la rate. *Monographie*, Wiesbaden, 1884.
- * **Neisser (A.).** — *Die Echinococcenkrankheit*. Berlin, 1877.
- Novaro.** — Voir PIRRI.
- Oliver (James.).** — Kyste hydatique pédiculé de la rate. Ablation. Guérison. *Brit. med. J.*, 1893, II, 13.
- Ollier.** — Voir CHAINTRE.
- Page.** — Péritonite par hémorrhagie intra-péritonéale dans les cas de rupture du foie ou de la rate. *Soc. roy. de méd. et chir.*, Londres, 8 mars 1892.
- Péan.** — Kyste séreux splénique, splénectomie, guérison. *Union méd.*, 1867, 340 : *Acad. méd.*, 19 nov. 1867; *Acad. sciences*, 9 déc. 1867.
- * **Piazza-Martini.** — Du kyste hydatique primitif de la rate. *Rev. clin. Milano*, 1892, XXXI, 240.
- Pirri.** — Splénectomie pour kyste hydatique. *Soc. med. chir. di Bologna*, 3 juin 1892; et *Clin. chir. Milano*, 1893, 204.
- Quénu.** — Kyste hydatique suppuré de la rate, évacué par les bronches; incision par la voie transpleurale, guérison. *Bull. soc. chir.*, Paris, 1889, 295.
- Quintard.** — Kyste hémattique de la rate. Ouverture par les caustiques. Mort. In PÉAN. *Des tumeurs de l'abdomen*, 1880, 1025.
- Reboul (J.).** — Kyste hydatique suppuré ouvert dans la plèvre. *Arch. prov. chir.*, 1896, 29.
- Richelot (G.).** — Kyste hydatique de la rate. Splénectomie. Guérison. *Obs. inédite*.
- Robert.** — Voir DEGAILLE.
- Rombeau.** — Kyste hydatique de la rate. *Soc. anat.*, Paris, 1854, 29; et *Soc. de biol.*, 1854, 341.
- Rosenstein et Sænger.** — Kyste hydatique de la rate. *Berl. klin. Woch.*, 1873, n° 2.
- * **Rostochinsky.** — Deux cas de kyste hydatique de la rate. *Bull. de la soc. méd. de Famboff*, 1890, n° 5 et 6.
- Rousset.** — Kyste hémattique de la rate. Ouverture par les caustiques. Mort. In PÉAN.
- Samgin (V.).** — Kyste hydatique de la rate. *Med. Obozr.*, Mosk., 1885, XXIV, 493.
- Schrötter.** — *Oest. Med. Jahrb.*, Bd. XIX, 220.
- Sevestre.** — Les kystes hydatiques de la rate. — *Union méd.*, Paris, 1883, 1109; et *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1886, 470.
- Skoda.** — Kyste hydatique de la rate. *Allgem. Wiener med. Zeitung*, 1868.
- Sneguirew (V.).** — Enucléation d'un kyste à échinocoques de la rate, pratiquée, avec l'aide de la vapeur d'eau chaude. *Semaine méd. (Annexes)*, 1895, 78.
- Solouboff (P. E.).** — Kyste solitaire de la rate. *Revue médicale*, 1885, XXIII, n° 8.
- * **Sumarkoff (J. V.).** — Kyste hydatique de la rate. *Chir. Laitop. Mosk.*, 1892, ou 1895, II, 323.
- Tachard.** — Kyste hydatique de la rate. Rapport par CHAUVEL. *Soc. de chir.*, Paris, 1889, 612.
- Terrier.** — Kyste séro-sanguin de la rate. *Bull. Soc. de chir.*, 1892, 661.
- Thomas.** — Kyste hydatique de la rate ouvert avec la pâte de Vienne. Mort. In PÉAN.
- * **Thomas (J. D.).** — Kyste hydatique de la rate; opération, extraction du kyste,

- hémorrhagie mortelle venue des parois de la cavité; autopsie. *Austral. m. J.* Melbourne, 1884, VI, 385.
- * — Symptômes alarmants de collapsus apparus dans le cours d'une ponction aspiratrice d'un kyste hydatique de la rate. *Austral. M. Gaz.*, Sydney, 1886, VI, 215.
- Tomboff.** — In TRINKLER, 162.
- Thornton (Kn.).** — Hypertrophie kystique de la rate. Splénectomie. Guérison. *Medico-chir. transact.*, 1886, 407.
- Tricomi.** — Voir VALEGGIA.
- Trinkler.** — Kyste hydatique solitaire de la rate, son diagnostic et son traitement. *Chir. Vestnick*, Saint-Petersb., 1892, VIII, 47; et *Rev. chir.*, Paris, févr. 1894, 105.
- Tuffier.** — Kyste hydatique suppuré de la rate; splénotomie; guérison; examen bactériologique. *Bull. Soc. chir.*, Paris, 1892, 667.
- Uterhart.** — Kyste hydatique de la rate. *Berl. klin. Woch.*, 1869, 35.
- Valeggia.** — Kyste hydatique de la rate. *Rif. med.*, 1896, II, 510; obs. 12.
- Vivenza.** — Contribution au diagnostic des kystes à échinocoques de la rate. *Lo Sperimentale*, 1895, 13, 248.
- Wassiljew.** — Kyste hydatique de la rate. Ponctions multiples. Opération en un temps (incision); guérison. *Centr. f. Chir.*, 1886, 175.
- Wells (Spencer).** — Un cas de splénectomie pour kyste séro-sanguin de la rate. *Brit. med. Journ.*, 1889, II, 55.
- Wilde.** — Kyste hydatique de la rate, ponction et incision; guérison. *Deutsche, Arch. f. klin. Medicin.*, 1870, 116.
- Winckel.** — Fait de kyste splénique. *Soc. gynécol. de Dresde*, 27 mai 1876, et *Winckel's Berl. and Stad.*, II, Leipzig, 1876.
- X...** — Kyste hydatique de la rate. *Union méd.*, 1850.
- * — Kyste hydatique de la rate, ponction. *Aerztl. Berl. d. k. allg. Krankenh. zu Prag.*, 1880, 267.

VI. — Splénomégalies leucémiques.

- Arnison (W. C.).** — Observation de splénotomie; mort rapide à la suite de l'opération. *Brit. med. Journ.*, 1878, II, 723.
- Asch (R.).** — Splénectomie. *Arch. für Gynæk.*, Berl., 1888, 130; obs. II.
- Billroth (Th.).** — Hypertrophie de la rate. Splénectomie. Mort. *Wiener med. Woch.*, 1877, 5.
- Rate leucémique; splénotomie; mort. *Wiener med. Woch.*, 1879.
- Biziel (J.).** — Ablation de la rate dans la leucémie. *Transl. Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Leipzig, 1885, XXI, 579.
- Blum (A.).** — Hypertrophie de la rate. Leucémie. Splénectomie. Mort. *Arch. génér. de méd.*, janvier 1886, 98.
- Bonora (Celso).** — Hypertrophie splénique Splénectomie. Mort. *American Journal of the Medical Sciences*. Philadelphie, LXXXIV, 1882, 487.
- Browne (H. Langley.).** — Hypertrophie rapide de la rate. Extirpation. Mort. *Lancet*, 1877, II, 310.
- Bryant (Th.).** — Ablation de la rate pour l'hypertrophie de cet organe. Leucocythémie. *Guy's Hospital Reports*, Londres, 1866, 444.

- Bryant (Th.).** — Rate leucémique. Splénectomie. Mort. *Idem*, 1868, 411.
- Burckhardt (Von).** — De l'extirpation de la rate dans la leucémie et la pseudo leucémie. — *Arch. f. klin. Chir.*, 1892, 439.
- Collier (Herbert).** — De la splénotomie; y a-t-il opportunité à la pratiquer dans la leucocythémie? *Lancet*, 1882, I, 219.
- De la splénectomie. *Lancet*, 1886, I, 854.
- Czerny.** — Hypertrophie splénique. Leucémie. Splénectomie. Mort. *Wien. med. Woch.*, 1879, XXIX, n° 14.
- Folet (H.).** — La splénectomie et l'hémophilie leucémique; *Bulletin méd. du Nord*, 1891, 261.
- Franzolini (F.).** — De l'extirpation de la rate chez l'homme, splénectomie pour hypertrophie leucémique. Guérison. Analyse de 27 observations. *Indépendente*, Torino, 1882, XXXIII, 217.
- Analyse et Critique du cas de Franzolini par R. P. H. *Amer. J. of the med. Sciences*, 1882-84.
- Geissel.** — Splénectomie. Mort. *Wiener med. Woch.*, 1879, 288.
- Gerny.** — Hypertrophie splénique. Leucémie, splénectomie. Mort. *Wiener med. Woch.*, 1879: vol. I, XXIX, n° 14.
- Gilbert (A.).** — Lymphadénie et leucémie. In *Traité de Médecine de Charcot et Bouchard*, 1892, II, 526.
- Haward (W.).** — Splénectomie pour hypertrophie leucémique de la rate. Mort. *Clin. Soc. Lond.*, 1882, 172.
- Kœberlé.** — Hypertrophie de la Rate. Adhérences, ablation complète. Mort. *Gaz. hebdom.*, 25 oct. 1867.
- Kuester (E.).** — Voir MARCHAND.
- Le Bec.** — Ablation de la rate; ictère grave. Mort. *Ann. méd. chir. franc. et étrang. de Martineau*. Paris, 1885, I, 252.
- Lejars (Félix).** — Splénomégalie et leucémie, splénectomie. Mort rapide. *Observ. inédite*.
- Marchand et E. Kuester.** — Ligature des vaisseaux de la rate chez une leucémique. *Berlin. klin. Woch.*, 1894, 813.
- Mosler.** — *Pathologie und Therapie der Leukämie*, 1872.
- Park (Roswell).** — Splénectomie pour hypertrophie leucémique de la rate. *Annals of Surgery*, Saint-Louis, 1888, VIII, 380.
- Poucel.** — Considérations sur la gastrotomie en général et particulièrement sur l'opportunité de la splénotomie. *Marseille méd.*, 1879, 70.
- Rydygier.** — Splénectomie pour hypertrophie leucémique de la rate. Mort. *Deutsche Zeit. f. Chir.*, XXI, 1885, 569.
- Simmons (B.).** — Splénotomie pour hypertrophie leucémique de la rate. *Pacific med. and Surg. Journ.* Décembre 1877, 517.
- Spanton.** — Trois cas de splénectomie. *British. med. J.*, 1895, II, 1090; obs. II.
- Strong (A.-B.).** — Splénectomie pour leucocythémie. *West. M. Reporter*. Chicago, 1887, IX, 215.
- Terrillon.** — Leucocythémie splénique. Splénectomie. *Leçons de clin. chirurg.*, Paris, 1889, 445.
- Tricomi (E.).** — 1° Ligature de l'artère splénique pour leucémie; 2° Splénectomie pour leucocythémie splénique. *Congrès Intern. des Sc. méd.*, Rome, 1894.
- Urbinati.** — Deux observations de rate hypertrophiée, splénectomie. Mort. *The american Journal of the medical Sciences*, Philadelphie, LXXX, IV, 1882, 486; obs. II.

Villar (F.). — Énorme hypertrophie de la rate. Exosplénopexie. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 oct. 1897, 481.

Watson (Héron). — Hypertrophie de la rate. Leucocythémie. Splénectomie. Mort. De la splénectomie dans la leucocythémie. — Discussion à *Clinical Society of London*, 24 mars 1882.

VII. — Splénomégallies paludiques.

Albert. — Rate mobile; torsion du pédicule : splénectomie ; guérison. *Verhandl. d. Ges. f. Chir.*, 1885, XIV, 63.

Assaky. — Voir INOTESCU.

Bergmann. — Rate paludique hypertrophiée. Splénectomie. Mort. In THIELE. Thèse de Berlin, 1886.

Billroth. — Voir POSPISCHIL.

Casini (A.). — Splénectomie pour rate hypertrophiée (malaria) et flottante. *Ann. clin. di osp. incur.*, Naples, 1887, XII, 342.

Catelanni (S.). — Splénectomie pour rate malarique mobile. *Gaz. d. Osped.*, 17 janvier 1897, 75.

Catrin (L.). — Paludisme. *Manuel de médecine* (DEBOVE et ACHARD), t. VIII, 397.

Ceci (A.). — Splénectomie. *Il Policlinico*, Rome, 15 août 1894, 403 ; obs. I.

Chiarleoni (G.). — Extirpation de la rate hypertrophiée. *Gaz. med. ital. lomb.*, avril 1881, n° 14.

Conklin. — Un cas heureux de splénectomie. *Tr. Ohio M. Soc. Toledo*, 1894, 366.

Dayot (fils). — Ectopie de la rate avec torsion de son pédicule. Splénectomie. Guérison. In MORAULT. Thèse Bordeaux, 1896 ; obs. I.

Donat (E.). — Rate mobile, splénectomie. *Chirurgichesky Vestnik*, avril et mai 1887.

Douglas (R.). — Statistique de la splénectomie avec relation d'un cas. *Journ. Amer. med. ass.*, 25 avril 1896, XXVI, 803.

Escher. — Voir MASSOPUST.

Filipposi et Kusnerow. — Splénectomie. *Centralb. fur Chir.*, 1891, 180.

Fioravanti. — Extirpation de la rate. Guérison. *Tesoro della vita Humana*, lib. II, cap. VIII.

Frusci. — Splénectomie pour rate mobile et hypertrophiée (paludisme). *Ann. chir. d. Osp. Incurabili*. Napoli 1893, VIII, 249.

Fuchs. — Tumeur de la rate. Intoxication paludéenne. Leucémie légère. Splénectomie. Mort. *Schmidt's Jahrbuch*, 1878, 159.

Gagliari. — Splénectomie pour énorme rate paludéenne. Guérison. *Rif. med.*, 1894, I, 584.

Gangitano (Carlo). — Splénectomie pour rate hypertrophique mobile, suite d'impaludisme. *Riforma medica*, 1893, III.

Goodell (W.). — Splénomégalie paludique. Splénectomie. *Obstetr. soc. of Philadelphia*, 2 févr. 1888.

Grube. — Hypertrophie malarique de la rate. Splénectomie. Mort. *Centralb. fur Chir.*, 1891, 179.

- Gussenbauer.** — Voir PIETRZIKOWSKI.
- Harkoe.** — Splénectomie pour rate paludique. Guérison. *Trans. of the New-York surg. Soc.*, 20 fév. 1894.
- Hartmann (H.).** — Hypertrophie paludéenne de la rate. Torsion du pédicule. Splénectomie. *Bull. Soc. Chir.*, 1894, 348 (rapport de TERRIER).
- Hatch (W.-K.).** — Splénectomie pour rate paludique. *Lancet*, 1889, II, 1055.
- Heurtaux.** — Rate déplacée dans la fosse iliaque et à pédicule tordu. Splénectomie. *Bull. Soc. de Chirurgie*, 1893, 752.
- Inotescu (P.).** — Mégalospléuie ; rate flottante ; splénectomie ; guérison (observation d'ASSAKY). *Spitalul.*, Bucharest, 1888, VIII, 458.
- Jonnesco (Th.).** — De la splénectomie. *Cong. franç. de chirurg.*, 1896, 483.
— De la splénectomie. *Progrès médical*, 1897, 177.
— De la splénectomie. *XII^e congrès internat. de méd.*, Moscou, août 1897.
— Laparotomie exploratrice pour splénomégalie paludique. *Idem*.
- Kammerer.** — Splénectomie. Guérison. *Trans. of the New-York surg. soc.*, 28 fév. 1894.
- Kelsch et Kiener.** — *Traité des maladies des pays chauds*. Paris, 1889.
- Kœberlé.** — Splénectomie pour rate paludéenne hypertrophiée. Mort. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1884, 86.
- Küchler.** — *Extirpation d'une rate hypertrophiée*. Darmstadt, 1855.
- Kusnerow.** — Voir FILIPPOSI.
- Laveran (A.).** — Du rôle de la rate dans le paludisme. *Acad. de médecine*, 16 février 1897.
— *Traité du paludisme*. Paris, 1897.
- Lawrason (G. B.).** — Splénectomie. Guérison. *New-Orléans med. and surg. Journ.*, 1888, XVI, 354.
- Lewis.** — In DOUGLAS. *J. amer. med. ass.* 1896, XXVI, 803.
- * **Lodigiani.** — De la splénectomie, anatomie pathologique de l'infection paludique chronique, *Morgagni*, part. I, janvier 1896.
- Mac Graw.** — Extirpation d'une rate mobile ; expulsion consécutive du fil de ligature du pédicule. *Med Record*, N.-Y., 1888, XXXIII, 709.
- Mac Lean Tiffany.** — Hypertrophie paludique de la rate. Splénectomie et guérison. In DOUGLAS. *Journ. of the Americ med. ass.*, 1896, XXVI, 807.
- Majerovitch.** — Voir MEEROVITCH.
- Marchand.** — Voir RAYMOND.
- Martino (B.).** — Splénectomie pour rate hypertrophiée et en ectopie. *Bollettino della accad. med. chir di Napoli*, 1890, XLIII, 9.
- Massopust.** — Deux cas de splénectomie. Guérison. *Clin. chir.* Milano, 30 avril 1893, 117.
- Meerovitch (Majerovitch).** — Trois cas de splénectomie pour rate mobile et paludique. *Wratch*, St-Petersbourg, 1893, n° 21, 597.
- Monod (Ch.).** — Splénomégalie paludique sans leucémie ; splénectomie ; mort. *Obs. inédite*.
- Montenovesi.** — Rate mobile hypertrophique, malaria, splénectomie. Guérison *Rif. med.*, 1891, 511.
- Montenovesi.** — Trois cas de splénectomie pour splénomégalie malarique ; d'après DANDOLO. *Gaz. med. lombarda*, 1893, 109.
- Myers (W. H.).** — Splénectomie pour rate malarique. *Journ. of american med. assoc.*, Chicago, 1887, VIII, 371.
- Nilsen.** — Extirpation de la rate par laparotomie ; guérison. *Obst. soc. of New-York*, 7 déc. 1886.

- Ninni.** — De la splénectomie. *Riforma medica*, 1896, n° 207 (?). In *Gaz. des hôp.*, Paris, 4 fév. 1897.
- Oligiati.** — *Des indications de la splénectomie dans l'hypertrophie malarique de la rate.* Thèse de Paris, 1895-1896.
- Paine.** — Un cas de splénectomie. *Tr. Texas med. Assoc.* Galveston, 1893, XXV, 286.
- Pietrzikowski.** — Statistique de la splénectomie avec un cas de Gussenbauer. *Prag. med. Woch.*, 1884, n° 19, 234.
- Podrez (A.-G.).** Extirpation de la rate; mort. 2^e Congrès des méd. russes, Moscou, janvier 1887.
- Poisson (Louis).** — Rate flottante hypertrophiée douloureuse, splénectomie. *Gaz. méd. Nantes*, 1894, 14.
- Pomara.** — Hypertrophie d'une rate mobile; splénectomie. Guérison. In **DANDOLO.** *Gaz. med. lomb.*, 1893, 115.
- Pospischil.** — De l'extirpation de la rate. *Riforma medica*, 1887, IV, 1622.
- Postempski (Paolo).** — Extirpation de la rate et d'une grande partie du pancréas pour hypertrophie malarienne. Guérison. *Bull. d. r. Accad. med. di Roma*, 1891-1892, XVIII, 534.
- Un cas de splénectomie pour rate paludéenne; guérison. *R. Accad. med. di Roma*, 28 janv. 1894. *Riforma med.*, 1894, I, 380.
- Splénectomie. *Rif. med.*, 1894, IV, p. 825.
- Putti (M.).** — Deux cas de splénectomie. *Bull. d. sc. med. di Bologna*, mai et juin 1888, XXI, 339.
- Raymond.** — (Rapport de MARCHAND.) Hypertrophie considérable de la rate avec ascite et œdème des membres inférieurs, laparotomie exploratrice, guérison. *Bull. Soc. de chirurg.*, 1892, XVIII, 675.
- Rocheblave.** — Splénomégalie primitive idiopathique; splénectomie; mort. *Nouveau Montpellier méd.*, 1896, 133.
- Rochet.** — Ectopie de la rate. Laparotomie exploratrice. *Bull. de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, t. 1, 1889-1890, p. 229, Bruxelles.
- Ruggi.** — Statistique de laparotomies avec considérations sur la technique de la splénectomie. 8^e Congrès de la Société italienne de chirurgie, Rome, oct. 1891.
- Segond (Paul.).** — Hypertrophie paludique de la rate, splénectomie, mort. *Observation inédite.*
- Tassi (Emidio).** — Hypertrophie splénique; paludisme, splénectomie; mort. *Bull. della real. Accad. di medicina di Roma*, 7 déc. 1890, XVII, 63.
- Tizzoni (Guido).** — Splénectomie pour rate malarique. *Bullet. de la Société méd. chir. de Bologne*, 26 avril 1891.
- Tricomi (E.).** — Splénectomie. *Riforma medica*, 24 juin 1892, II, 806.
- Trois splénectomies pour hypertrophie malarique. *Congrès intern. des sciences méd.*, Rome, 1894.
- Voir VALEGGIA.
- Voir CATELANNI.
- Tropai.** — Voir GAGLIARI.
- Turretta (A.).** — Splénectomie pour rate mobile hypertrophique. VIII^e réunion de la Société italienne de chirurgie, octob. 1891, Rome.
- Valeggia (T.).** — Splénectomie pour hypertrophie malarique. *Riforma med.*, 1896, II, 510; observ. 10, 11, 13 et 14.

- Verneuil.** — Des indications et contre-indications opératoires chez les sujets atteints de maladies constitutionnelles. *Revue de méd. et de chir.*, 1880.
- Vignard.** — Splénectomie pour rate paludéenne; guérison. *Gaz. méd. de Nantes*, 12 fév. 1896.
- Vincent (E.).** — Mégalo-splénie palustre guérie par la laparotomie simple. *Revue de chir.*, 1893, 461; obs. 9.
- Volnay d'Orsay.** — *Hypertrophie par fièvre intermittente, libération des adhérences.* In THIELE. Thèse de Berlin, 1886, obs. 23, p. 18. In FOUBERT. Thèse de Paris, 1886, obs. XXIV, p. 70.
- Widal (Fernand).** — Paludisme, in *Traité de médecine* (CHARCOT et BOUCHARD), I, 841.
- Wyman (H. C.).** — Ligature de l'artère splénique pour hypertrophie de la rate. *J. Amer. Ass.*, Chicago, 1889, XII, 764.
- Zaccarelli.** — Voir FIORAVANTI.

VIII. — Splénomégalies non leucémiques et non paludiques.

- Balls-Headley.** — Splénectomie chez une jeune femme. *Austral. M. J.*, Melbourne, 1889, XI, 125.
- Bouilly.** — Voir PIGOU.
- Brohl.** — Splénectomie pour splénolithiase. *Cent. f. Chir.*, 25 avril 1896, n° 17, p. 409.
- Charon.** — Hypertrophie de la rate chez un enfant de 11 ans. Splénectomie. *Mort. Ann. Soc. belge chir.*, 15 nov. 1895.
- Ceci (A.).** — Splénectomie. *Il Policlinico*. 15 août 1894, 403, obs. II.
- * **Cowen.** — Splénectomie pour cancer; mort de shock. *Amer. Practitioner and News*. Louisville, 1893, XVI, 24.
- * **Deakin (C. W. S.).** — Mort après une splénectomie pour hypertrophie de la rate. *Indian. M. J.*, Calcutta, 1897, VI, 54.
- Delatour (Beeckmann).** — Thrombose des veines mésentériques comme cause de mort après la splénectomie. *Annals of Surgery*, Philad., 1895, XXI, 24.
- Delétrez (A.).** — Laparo-splénectomie pour hypertrophie de la rate. *Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles*, 1896, n° 6.
- Fibbi.** — Splénomégalie primitive. Splénectomie. *Raccoglit. med.*, 1892., 425.
- Fischer.** — Tumeur congestive de la rate. Splénectomie. *Verhandl. der deut. Ges.f. Chir.*, Berlin, 1882.
- Flothmann.** — Ablation d'une rate sarcomateuse. *Berlin. Klin. Woch.*, 27 oct. 1890, n° 43, 1002.
- Frascani.** — Hypertrophie splénique : splénectomie; mort. In BANTI: *Anemie spleniche*, Firenze, 1882, 24.
- Fritsch.** — Splénectomie pour leucémie. *Mort.* In ASCH. *Arch. f. Gyn.*, 1888, 130.
- Gilson.** — Note sur un cas de tumeur de la rate enlevée le 13 décembre 1881 par F. Terrier. *Bull. Soc. de chir.*, Paris, 1884, 515.
- * **Helmuth (W. T.).** — Splénectomie pour sarcome. *Reports « Helmuth House »*, N.-Y., 1888, III, 14.
- * **Holbeck.** — Splénectomie pour hypertrophie de la rate. *Protopk zazaïd. Kavkazsk. med. Obsk*, Tiflis, 1891-2.

- Houzel.** — Énorme hypertrophie de la rate prise pour une tumeur solide de l'ovaire. Exosplénopexie. Guérison. *Acad. de médecine*, 1^{er} juin 1897.
- Houzo.** — Hypertrophie de la rate. — Splénectomie. In **WRIGHT**. *Med. chronicle*, 1888, IX, 188, obs. 26.
- Israel (J.)** — Splénectomie suivie de mort. *Berlin, Klin. Woch.*, 1895, 664.
- * **Jakovleff.** — Splénectomie pour tumeur. *Chir. Laitop. Mosh.*, 1893, 571.
- * **Küster (E.)**. — Tumeur de la rate. Splénectomie. *Ein chir. Trienn.* 1876, 8^e, Kassel u. Berlin, 1882, 157.
- Langenbuch.** — Splénectomie pour hypertrophie de la rate. Mort. In **THIELE**. Thèse Berlin, 1886, obs. 34, p. 23.
- Lennander.** — Un cas de splénectomie. *Upsala Lakaref. Förh.*, 1892-93, XXVIII, n° 6, 396.
- Miner.** — Hypertrophie simple de la rate; splénectomie. Mort. D'après **DOUGLAS**.
- * **Nagel.** — Sur la splénomégalie primitive. *C. R. Société méd. de Moscou*, 1893-94.
- Ortowski (W.)**. — Laparospilénectomie. *Gazeta Lacarsca Warsaw*, 1887, VII, 17.
- Panzeri.** — Hypertrophie splénique; splénectomie; guérison. Commum. verbale; in **DANDOLO**. *Gazetta medic. Lombarda*, 1893, obs. 44.
- Pennato (P.)**. — Notice sur des cas de splénectomie du prof. Franzolini. *Riv. veneta di sc. med. Venezia*, 1887, VI, 568.
- Picou (Raymond)**. — Hypertrophie de la rate (épithélioma primitif de la rate de Gaucher). *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1895, 531.
- Picou et Ramond.** — Splénomégalie primitive et épithélioma primitif de la rate. *Arch. de méd. expérimentale et d'anat. pathol.*, mars 1896, VIII, 168.
- * **Pollak (L.)**. — Tumeur de la rate; splénectomie; mort. *Pester. med. chir. Presse*, 1877, n° 28 et suiv.
- Quittembaum.** — Splénectomie. Mort six heures après l'opération. *Commentatio de splenis hypertrophia et historia extirpationis splenis hypertrophici*, Rostock, 1836.
- Ribera y Sans.** — De la splénectomie. *Arch. de med. y cirug. de la ninosa*. Madrid, 1886, II, 182.
- Richelot (G.)**. — Splénomégalie; splénectomie; mort. Obs. inédite.
— Splénomégalie; splénectomie; mort de péritonite. Obs. inédite.
- Routier.** — Splénomégalie. Laparotomie exploratrice. Obs. inédite.
— Mégalosplénie. Laparotomie exploratrice. Obs. inédite.
- Spanton.** — Trois cas heureux de splénectomie. *Brit. med. Assoc.*, 1895, obs. I et III.
- Sutton (Bland)**. — Trois cas heureux de splénectomie. *Lancet*, 19 oct. 1895, p. 974, obs. I et II.
- Tassi Emidio.** — Nouveau procédé de splénectomie pour cancer. *Bull. d. r. Accad. med. di Roma*, 1890, X, XVII, 58.
- Terrier.** — Tumeur hypertrophique de la rate; splénectomie; mort par hémorrhagie. *Bull. Soc. de chir.*, Paris, 1884, 508.
- Thornton (J. Knowsley)**. — Deux cas de splénectomie. *Medica chir. Transactions*, t. LXIX, 1886, 407.
- Tricomi (E.)**. — Splénectomie pour hypertrophie de la rate. *Congrès internat des sc. méd.*, Rome, 1894.

- Tuffier.** — Splénomégalie ; splénectomie ; mort. *Obs. inédite.*
- Urbinati.** — Deux observations de rate hypertrophiée. Splénectomies ; morts. *Amer. Journ. of the med. sc.*, 1882, LXXXIV, 486 ; obs. I.
- Valeggia (Timoteo).** — Sur un cas de splénectomie. *Riforma med.*, 1896, II, 495.
- Weiss (Th.).** — Tumeur hypertrophique de la rate, laparotomie exploratrice ; guérison. *Rev. méd. de l'Est*, Nancy, 15 janvier 1885, 50.
- Wells (Spencer).** — Splénectomie. Mort 6 jours après. *Medical Times*, janvier 1866, 2.
- *British med. Journal*, 1889, II, 55.
- *Diagnostic des tumeurs abdominales*, 1886, 339 ; Trad. franc. par KESER, p. 333.
- Splénectomie. *Wiener med. Woch.*, 1879, n° 17.
- Wright (G. A.).** — De la splénectomie. *Medical Chronicle*, Manchester, 1888, IX, 188.

IX. — Rates mobiles et en ectopie.

- Angerer.** — Extirpation d'une rate mobile hypertrophiée ; guérison. *Munch. med. Woch.*, 1894, 28, 557.
- Aonzo (Andréa).** — Tumeur hypertrophique de la rate, désordres digestifs et circulatoires ; ascite ; splénectomie ; mort. *Annali universali di medicina a di Milano*, nov. 1878.
- Asch (R.).** — Splénectomie. *Arch. f. Gynæk.*, Berlin, 1888, 130, obs. I.
- Baccelli (Guido).** — Splénectomie et rate mobile. *Riforma medic.*, 9 janvier 1877, 66 ; *Il policlínico*, 1896, 549.
- Ballance.** — Rate mobile, splénectomie. *British med. Journ.*, 16 janv. 1897, 145.
- Billroth (Th.).** — Hypertrophie de la rate sans leucocythémie. Splénectomie. Guérison. In HACKER. *Soc. des méd. de Vienne*, 28 mars 1884.
- Bond (C. J.).** — Un cas de splénectomie. Examen du sang avant et après l'opération. *Lancet*, 1896, I, 1207.
- Bottini.** — Voir JEMOLI.
- Ceci (Aut.).** — Splénectomie pour rate hypertrophiée et en ectopie. *Gazz. d. osp.*, Milan, 1886, VII, 325.
- Czerny.** — Splénomégalie, splénectomie. *Wiener med. Woch.*, 1879, n° 13 et suivants.
- Czerny.** Laparosplénectomie (cas de MARTIN). *Wiener med. Woch.*, 1889, n° 13 et suivants.
- Dittel.** — Rate flottante. *Soc. des méd. de Vienne*, 9 mars 1883.
- Faitout.** — La rate mobile. *Gazette des hôpitaux*, 23 mai 1896, 615.
- Ghillini (C.).** — Splénectomie pour rate hypertrophiée et mobile. *Riforma med.* Napoli, 1890, VI, 1143.
- * **Giordano (David).** — Sur la splénopexie. *Riforma med.*, 8 février 1896, 375.
- Greiffenhagen.** — Technique de la splénopexie et étiologie de la rate mobile. *Centralb. f. Chir.*, 6 février 1897, 124.
- Haecker (V.).** — Splénectomie pour tumeur de la rate. *Congrès de chirurgie de Berlin*, 1884.

- Haecker (V.).** — Renseignements complémentaires sur le même cas. *Verhandl. d. deut. Gesel. f. Chir.*, 1885, 63.
- Hartmann. (H.)** — Note sur quatre cas de rate mobile. *Congrès de chirurgie*, Paris, 1895, 490.
- Heydenreich.** — Note sur la splénoexie. *Sem. méd.*, 19 févr. 1896, 72.
- Jemoli (P.).** — Extirpation de la rate en ectopie. Guérison. *Clinica chirurgica*, Milano, 25 fév. 1893, 61.
- Kocher (Th.).** — Splénectomie guérie. *Cor. Bl. f. Schweizer. Aerzte*, 1^{er} nov. 1888, 549.
- * **Kouwer.** — Deux cas de splénoexie pour rate flottante. *Wiener. klin. Woch.*, 24 oct. 1895.
- Kuchenmeister.** — Die Wandermilz. *Zeits. f. Chir. med. Geburst.*, 1864.
- * **Lambotte.** — De l'ectopie de la rate. *Annales de méd. et de chir.*, Bruxelles, 1889, fasc. I.
- Léonard (J. W.)** — Rate flottante, splénectomie, guérison. *Saint-Joseph Medical Herald*, 1889, VII, 107.
- Liebmann.** — Un cas d'extirpation de la rate, guérison. *Lo Sperimentale*, Firenze, vol. 62, août 1888, 121.
- Lieffring.** — *De l'ectopie de la rate*. Thèse Paris, 26 juillet 1894.
- Lindfors.** — Cas de rate mobile et hypertrophique, laparospnénectomie; guérison. *Congrès des naturalistes scandinaves*. Copenhague, juillet 1892.
- Löhlein.** — Rate mobile. Splénectomie. Guérison. In J. METZGES. *Zeits. f. Geb. in Gyn.*, 1890, 31.
- Mac Cann (James).** — Rate flottante, splénectomie: guérison. *Med. News Philad.*, 13 août 1887, 179.
- Marchant (Gérard).** — Rate hypertrophiée et mobile, splénectomie, mort par hémorrhagie (chute d'une ligature). Obs. inédite.
- Markoe.** — Splénectomie pour rate hypertrophiée et mobile, guérison. *Ann. of surgery*, Saint-Louis, 1893, I, 582.
- Martin (A.).** — Splénectomie, guérison. *Brit. med. Journ.*, 1878, I, 191.
- Mazzoni (G.).** — Rate hypertrophiée, en ectopie; tumeur de la queue du pancréas. Extirpation. Guérison. *Boll. del Soc. Lancisiana*, 1895.
- Metzges (Julius).** — Extirpation d'une rate mobile. Guérison. *Zeits. f. Geburst. in Gyn. Stuttgart*, 1890, XIX, 31.
- Orloff.** — Un cas de splénectomie. *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, n° 5, 116.
- Péan.** — Hypertrophie de la rate, pas d'adhérences; ablation complète; pédicule fixé à l'angle supérieur de la plaie; guérison. *Gazette des hôpitaux*, 1879, n° 84.
- Pitzorno (Antonio).** — Contribution expérimentale à l'étude de la splénoexie. *Riforma medica*, 1896, II, 867.
- Plueckher.** — Splénoexie pour rate flottante. *Cent. f. Chir.*, 5 octobre 1895, 905.
- Polk.** — Rate déplacée, splénectomie. Guérison. *New-York obst. Soc.*, 1^{er} fév. 1887.
- Richelot (G.).** — Rate flottante et salpingite. Splénectomie et castration. Guérison. Obs. inédite.
- Riedel.** — Splénectomie pour rate mobile. *Deutsche chirurgie*. Bd. 45, 1890, 142.
- * **Ross.** — Cas de splénectomie rapporté par Asch. *Canada Pract.* Toronto. 1889, XIV, 4.
- Rydygier.** — Traitement de la rate flottante par la splénectomie. *Congrès de la Soc. allemande de Chirurgie*. Berlin, 20 avril 1895.

- Rydygier.** — Remarques sur les nouveaux procédés de splénectomie. *Cent. Chir.*, 4 avril f. 1896.
- Sévéréanu.** — Splénectomie pour rate mobile ; guérison. *Arch. f. klin Chir.*, 1888, 660.
- * **Stierlin (R.)**. — Traitement chirurgical de la rate mobile. *Deut. Zeits. f. Chir.*, 1897, 382.
- Sutton (Bland)**. — Trois cas heureux de splénectomie. *Lancet*, 1895, IV, 974 ; obs. III.
— De la rate flottante. *Medical Society of London*, 11 janv. 1897.
- Treub (Hector)**. — Un nouveau cas d'extirpation de la rate hypertrophiée toubée dans le petit bassin. *Union méd.*, 13 juillet 1893 65.
- Tricomi (E.)**. — Splénectomie. *Riforma med.*, 1892, II., 842 ; obs. III.
— Trois cas de splénectomie pous rates ectopiées ou mobiles. *Congrès internat. des Sc. méd.*, Rome, 1894.
— Voir VALEGGIA.
— *Splénectomie pour ectopie splénique*. Observ. inédite.
- Trombetta**. — Splénectomie. 7^e *Congrès der Ital. chirurgen*, 1890.
- Tuffier**. — Un cas de splénoexie. 9^e *Congrès de chir.* Paris, 1895, 505.
- Valeggia (E.)**. — Splénectomie pour rate hypertrophiée et mobile. *Rif. med.*, 1896, II, 509, obs. 9.
- Vrabie**. — Rate hypertrophiée et mobile ; splénectomie. *Spitalul.*, Bucharest, 1887, VII, 266.
- Wagner**. — Extirpation d'un sarcome de la rate. 23^e *Congrès de la Soc. allemande de chir.*, Berlin, 1894.
- Wells (Spencer)**. — Un cas heureux de splénectomie. *Medico-chir. transactions*, LXX, 1888, 255 ; et *Lancet*, 1888, I, 724.
- * **Younkin (E.)**. — Rate mobile, splénectomie. Guérison. *Ann. M. J.*, Saint-Louis, 1884, XII, 289.
- Zykoff (Waldemar)**. — Traitement de la rate flottante par la splénoexie. *Wratch*, 7 sept. 1895 ; et *Arch. f. klin. Chir.* II, 3, 1895, 637.

X. — Torsion du pédicule splénique.

- Aievoli (Eriberto)**. — Splénectomie pour une énorme tumeur malarienne ; mort deux mois après. *Riforma medica*, 1895, I, 98.
- Albert**. — Rate mobile, torsion du pédicule, réaction péritonéale. Laparotomie, guérison. *Verhandl. d. Ges. f. Chir.*, 1885, XIV, 63.
- Bond (Y. H.)**. — Splénectomie pour rate flottante avec étranglement du pédicule. *Weekly M. Rev.*, Saint-Louis, 1889, XIX, 393.
- Bureau**. — La torsion du pédicule dans l'étranglement de la rate. *Gaz. hebdomadaire*, Paris, 12 avril ; et *Thèse Paris*, 1896.
- Conklin (W.)**. — Un cas heureux de splénectomie. *Tr. Ohio. M. Soc. Toledo*, 1894, 366.
- Croly (H. Gray)**. — Torsion du pédicule d'une rate en ectopie simulant une tumeur de l'ovaire. *Trans. of the royal Academy of med. in Ireland*, 1896, 262.
- Darfeuille (Ch.)**. — *Déplacement de la rate avec torsion du pédicule*. Thèse Paris, 1894.

- Dayot fils.** — *Ectopie de la rate avec torsion de son pédicule, accidents péritonéaux à évolution lente, splénectomie, guérison.* In MORAULT. Thèse Bordeaux, févr. 96, obs. I, 25.
- * **Dogliotti.** — Torsion du pédicule d'une rate flottante. *Gaz. med.*, Torino, 13 juillet 1896.
- Fussell (M. H.).** — Observation de splénectomie pour torsion et rupture de la rate. *University Medical Magazine*, juil. 1890, II, 649.
- Gersung.** — Ueber die Indicationen zur Laparotomie Wegen acuter Processe. *Wiener med. Presse*, 1888, 52.
- Glascow.** — Cas heureux de splénectomie pour rate mobile. *Trans. of the Amer. Ass. of Obst. and Gynec.* Philad., 1891, VIII, 238.
- Goodell (William).** — Splénomégalie paludique, splénectomie. *Obstetrical Society of Philadelphia*, 2 févr. 1888; *N. York med. J.*, 25 juin 1888, XLVII, 217.
- Hartmann (H.).** — Hypertrophie paludéenne de la rate, torsion du pédicule, splénectomie. *Bull. Soc. de chirurg.*, 1894, 348.
- Heurtaux.** — Rate déplacée dans la fosse iliaque et à pédicule tordu, splénectomie. *Bull. Soc. chirurg.*, 1893, 752.
- Lawrason (G. B.).** — Splénectomie, guérison. *New-Orleans med. and Surg. Journal*; nov. 1888, XVI, 354.
- Malins (Edw.).** — Rotation de la rate; ablation, guérison. *Lancet* 1894, II, 627.
- Mac Naughton (Henry).** — Auto-élimination d'une tumeur abdominale à travers une incision exploratrice. *American J. of the med. sc.*, 1889, XCVIII, 146.
- Morault.** — *De la torsion du pédicule dans l'ectopie de la rate.* Thèse Bordeaux, février 1896.
- Penrose.** — Voir FUSSELL.
- Prochownick.** — Extirpation de rate flottante avec pédicule tordu. Guérison. *Soc. méd. de Hambourg*, 21 avril 1885.
- Richelot (G.).** — Extirpation d'une rate hypertrophiée et tombée dans le petit bassin. *Bull. Acad. méd.*, 13 juin 1893.
- Runge (A.).** — Extirpation d'une rate flottante avec torsion de son pédicule. (*Berlin klin. Woch.*, n° 16, p. 346, 22 avril 1895.
- Sutton (Bland).** — Rate flottante et tordue sur son axe. Splénectomie, guérison. *London clin. Soc.*, 12 déc. 1892, XXVI, 46.

XI. — Tuberculose. Syphilis. Dégénérescence amyloïde.

- Burke (Andrew St-Lawrance).** — Splénectomie pour tuberculose de la rate. *Dublin Journal of medical science*, XXXVII, 1889, 540.
- Mariott.** — Tuberculose aiguë de la rate. *Soc. de pathol. de Londres*. 19 nov. 1895.
- Mac Graw (T. A.).** — Splénectomie pour rate amyloïde. *Med. record*, juin 1888, 711, obs. II.
- Mancuso.** — Syphilis de la rate, splénectomie; guérison. In DANDOLO. *Gaz. med. lombarda*, 1893, 115.
- Sutton (J. Bland).** — *Splénectomie pour rate mobile et tuberculeuse.* Observation inédite.

XII. — Splénectomies pour lésions mal définies ou inconnues.

- * **Bollici (P.)**. — Splénectomie. *Raccoglitori med.*, Forlì, 1889, VII, 437.
 - Brown (Baker)**. — Splénectomie; mort d'hémorrhagie pendant l'opération. In THIELE, Thèse Berlin, obs. 27, 19.
 - Dewolf (Oscar C.)**. — Splénectomie. Mort. *Boston med. and surg. Journ.*, 8 août 1878, 195.
 - * **Due**. — Un cas de splénectomie. *Rendic. d. Ist. di clin. chir., Univ. di Padova*, 1891; Feltre 1892, 121.
 - * **Morse (J. F.)**. — Splénectomie. *Western Lancet*, San-Franc., 1882, XI, 403.
 - * **Stemen**. — Un cas d'ablation partielle de la rate. *J. M. Sc. Fort Wayne*, 1894, 9, 12.
 - * — Splénectomie. *College and clinique Record*, Philad., 1888, IX, 63.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	Pages 7
-------------------	------------

CHAPITRE PREMIER

DES TROUBLES CAUSÉS PAR L'ABLATION DE LA RATE

1° <i>L'ablation de la rate peut-elle être mortelle?</i>	9
2° <i>Influence de la splénectomie sur la circulation</i>	11
3° <i>Influence de la splénectomie sur la composition du sang et l'apparition des hypertrophies ganglionnaires</i>	12
A. — Expérimentation.....	12
B. — Examen du sang chez l'homme.....	16
4° <i>Existe-t-il un rapport physiologique entre la rate et le corps thyroïde?</i>	18
5° <i>La splénectomie a-t-elle une influence sur la croissance et les aptitudes génésiques?</i>	19
6° <i>Influence de la splénectomie sur les fonctions digestives</i>	20
7° <i>Influence de la splénectomie sur la marche des infections</i>	22
A. — Marche des infections sur les animaux splénectomisés.....	22
B. — Influence de la splénectomie sur les phénomènes de l'immunité.....	24
8° <i>De l'hypotoxémie urinaire après la splénectomie</i>	26
9° <i>De la régénération de la rate après la splénectomie</i>	27
<i>Conclusions</i>	29

CHAPITRE II

DE LA SPLÉNECTOMIE DANS LES LÉSIONS TRAUMATIQUES DE LA RATE

1° <i>Plaies et ruptures</i>	30
Historique.....	34
Examen et critique des observations de splénectomie.....	35
Valeur de la splénectomie.....	37
Des autres procédés de traitement des plaies et ruptures de la rate..	38
Thermo-cautérisation.....	38
Tamponnement.....	38
Ligatures.....	38

Sutures.....	38
Ligature des vaisseaux spléniques.....	38
Conclusions..	40
2° <i>Hernies</i>	41
Historique.....	41
Examen et critique des observations de splénectomie..	42
De la conduite à tenir en présence d'une rate herniée.....	44
Réduction de la rate.....	44
Abstention.....	45
Splénectomie.....	45

CHAPITRE III

DE LA SPLÉNECTOMIE DANS LES ABCÈS SPLÉNIQUES ET PÉRISPLÉNIQUES

1° <i>Abcès pérисpléniques</i>	47
2° <i>Abcès spléniques</i>	48
a) Incision simple.....	48
b) Splénectomie.....	50

CHAPITRE IV

DES DIVERS TRAITEMENTS DES KYSTES DE LA RATE

1° <i>Ponction</i>	54
2° <i>Ponction avec injection modificatrice</i>	58
3° <i>Incision</i>	59
4° <i>Extirpation</i>	64
5° <i>Splénectomie</i>	65
Historique.....	65
Examen et critique des observations.....	66
Valeur de la splénectomie.....	68
<i>Conclusions</i>	68

TABEAU DES DIVERSES INTERVENTIONS POUR KYSTE SPLÉNIQUE.....	71
---	----

CHAPITRE V

DE LA SPLÉNECTOMIE DANS LES HYPERTROPHIES CHRONIQUES DE LA RATE 88

CHAPITRE VI

DE LA SPLÉNECTOMIE DANS LA SPLÉNOMÉGALIE LEUCÉMIQUE

<i>Historique</i>	90
<i>Des troubles causés par la splénomégalie leucémique</i>	91

<i>Examen et critique des observations.....</i>	91
<i>Valeur de la splénectomie.....</i>	96

CHAPITRE VII

DE LA SPLÉNECTOMIE DANS LA SPLÉNOMÉGALIE PALUDIQUE

<i>Historique.....</i>	101
<i>Des troubles causés par la splénomégalie paludique.....</i>	103
<i>Du traitement médical dans cette affection.....</i>	104
<i>Examen et critique des observations de splénectomie.....</i>	106
<i>Valeur de la splénectomie.....</i>	109
<i>Conclusions.....</i>	113

CHAPITRE VIII

DE LA SPLÉNECTOMIE DANS LA SPLÉNOMÉGALIE NON LEUCÉMIQUE ET NON PALUDIQUE

A. — <i>Splénomégalie avec rate non mobile.....</i>	119
Examen et critique des observations de splénectomie.....	119
Valeur de la splénectomie.....	122
Conclusions.....	123
B. — <i>Splénomégalie avec rate mobile ou en ectopie.....</i>	124
Historique.....	124
Examen et critique des observations de splénectomie.....	125
Valeur de la splénectomie.....	127
Des autres procédés de traitement de l'ectopie splénique.....	128
1° Réduction simple.....	128
2° Splénopexie.....	129

CHAPITRE IX

DE LA SPLÉNECTOMIE DANS LA TORSION DU PÉDICULE DE LA RATE

<i>Examen et critique des observations de splénectomie.....</i>	135
<i>Valeur de la splénectomie.....</i>	136
<i>Des autres méthodes de traitement de la torsion de la rate.....</i>	137
Détorsion simple.....	137
Splénopexie.....	137

CHAPITRE X

DE LA SPLÉNECTOMIE DANS LA TUBERCULOSE, LA SYPHILIS ET LA DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE DE LA RATE.....

138

CHAPITRE XI

DE LA LIGATURE DES VAISSEAUX.....	140
<i>De l'exosplénopexie.....</i>	142
<i>De la laparotomie exploratrice.....</i>	143

CHAPITRE XII

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA SPLÉNECTOMIE

<i>Description du manuel opératoire dans les cas simples.....</i>	145
<i>Difficultés et accidents.....</i>	151
<i>Modifications du manuel opératoire.....</i>	152
CONCLUSIONS GÉNÉRALES.....	155
OBSERVATIONS DE SPLÉNECTOMIE	157
Plaies et ruptures de la rate.....	157
Hernies traumatiques de la rate.....	167
Abcès spléniques et périspléniques.....	173
Kystes simples ou hydatiques.....	179
Splénomégalie leucémique.....	196
Splénomégalie paludique.....	218
Splénomégalie non leucémique et non paludique.....	268
Rates mobiles et ectopiées.....	296
Torsion du pédicule de la rate.....	312
Tuberculose, syphilis, dégénérescence amyloïde de la rate.....	331
Lésions spléniques mal définies.....	333
Ligature des vaisseaux spléniques.....	334
Exosplénopexie.....	336
Laparotomie exploratrice.....	339
TABLEAU DES OBSERVATIONS.....	347
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	413

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,

GUYON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

